



Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního
selhání**

**The influence of life style modifications on management of
chronic heart failure**

Alžběta Brdlíková

Bakalářská práce

Rok 2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžběta BRDLÍKOVÁ**
Osobní číslo: **Z08000018**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

CÍL VÝZKUMU:

Zjistit, zdali mají sestry dostatek informací o problematice, dále se v této oblasti školí, edukují pacienty a samostatně kontrolují výsledky a stav pacienta. Mým dalším cílem je zjistit, zdali jsou pacienti edukováni a mají dostatek informací, dodržují režimová doporučení, jaký vliv doporučení na léčbu sami vnímají. Zdali jsou pravidelně kontrolováni a mají zpětnou vazbu ke svému režimu.

VÝCHODISKO:

Odborné studie prokazují význam režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání, délku a kvalitu života pacienta. Problémem může být nedostatečná edukace a malá ochota spolupráce pacientů. Moje práce by měla ukázat skutečný obraz spolupráce pacienta a schopnosti sester a lékařů edukovat pacienty s chronickým srdečním selháním.

PŘEDPOKLADY:

- 1) sestry nemají dostatečné znalosti a informace o onemocnění
- 2) sestry pacienty needukují v potřebné míře
- 3) pacienti nejsou ochotni striktně dodržovat všechna režimová opatření

METODA:

- 1) teoretická část - interpretace dat, popis onemocnění a režimových opatření, možnosti edukace a motivace pacientů
- 2) praktická část - kvantitativní výzkum

TECHNIKA:

dotazníky - individuálně předávané, jeden pro sestry, druhý pro pacienty

MÍSTO A ČAS VÝZKUMU:

Individuální praktická výuka 2, 2.ročník, červen 2010, Kardiocentrum Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Praktická výuka 5, 3.ročník Krajská nemocnice Liberec, a.s.

VZOREK:


- 1) dotazník pro sestry - sestry Kardiocentra Krajská nemocnice Liberec, a.s.
- 2) dotazník pro pacienty - pacienti s chronickým srdečním selháním

Rozsah grafických prací:	3-5 fotografií, 5-10 tabulek, 5-10 grafů
Rozsah pracovní zprávy:	50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce:	tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:	viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: **prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.**
Ústav zdravotnických studií

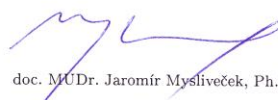
Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2011**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor

V Liberci dne 30. listopadu 2010




doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (dále TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL. Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně za použití uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultanty.

V Liberci 1.6. 2011

.....
Alžběta Brdlíková

Poděkování

V úvodu své práce chci poděkovat panu Prof. MUDr. Josefu Kautznerovi, Csc. za laskavé vedení mé práce. Děkuji též konzultantům panu MUDr. Ing. Pavlu Kučerovi a paní Bc. Jaroslavě Holakovské za četné konzultace a cenné rady. V neposlední řadě děkuji veškerému personálu Kardiocentra Krajské nemocnice Liberec a.s. za podporu při výzkumu a nabytí důležitých praktických zkušeností. Děkuji též svým rodičům za bezmeznou podporu při studiu. A svému příteli Ing. Miloši Kaflukovi za stále nabízenou pomocnou ruku.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Alžběta Brdlíková
Instituce:	Ústav zdravotnických studií Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání
Vedoucí práce:	Prof. MUDr. Josef Kautzner, Csc.
Počet stran:	72
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2011

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části je seznámit čtenáře s patofyziologií chronického srdečního selhání, jeho symptomatologií, diagnostikou a léčbou. Dále pojednává teoretická část o režimových opatřeních a vysvětluje jejich vliv na zdravotní stav. V neposlední řadě jsou popsány edukační a motivační techniky a přístup k pacientovi/klientovi.

Praktická část je věnována dotazníkovému šetření, jež proběhlo na oddělení Kardiocentra Krajské nemocnice Liberec a.s. Cílem praktické části bylo získání reálného obrazu ochoty spolupráce, neboli „compliance“ pacienta/klienta a schopností středního zdravotnického personálu, zejména všeobecných sester edukovat pacienty/klienty.

Závěrem práce je shrnutí studie, zhodnocení a doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Chronické srdeční selhání

Režimová opatření

Edukace

Summary

Name and surname:	Alžběta Brdlíková
Institution:	Institution of Health Studies
Title:	The influence of life style modifications on management of chronic heart failure
Supervisor:	Prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
Pages:	72
Addenda:	8
Year:	2011

The bachelor work is divided into a theoretical and practical part. The aim of the theoretical part is to get the reader acquainted with the pathophysiology of chronic heart failure, its symptomatology, diagnostic and treatment. The theoretical part also deals with regime measures and explain their influence on the state of health. Last but not least the educational and motivated techniques and the access to the patient/client are discribed here.

The practical part is devoted to questionnaire investigation, which was acomplished in Heart Centre of Regional Hospital Liberec a.s.. The aim of the practical part was to get a real picture on readiness of cooperation, or compliance of patient/client and the skills of health care staff especially of registered nurses to educate patients/clients.

The conclusion of this work is a summary of the study, data analysis and the recommendation for clinical practice.

Key words:

Chronic hearth failure

Regime measures

Education

Obsah:

Obsah:	8
Přehled zkratk	10
1. Úvod	11
Teoretická část	13
2. Chronické srdeční selhání.....	13
2.1. Patofyziologie	14
2.2. Příznaky.....	15
2.3. Diagnostika	16
2.4. Léčba	18
2.4.1. Farmakologická léčba	19
2.4.2. Invazivní terapie CHSS	20
2.4.3. Transplantace srdce.....	21
2.5. Prognóza.....	21
3. Režimová opatření.....	22
3.1. Pohybová aktivita.....	22
3.2. Strava.....	24
3.3. Selfmonitoring.....	24
3.4. Další doporučení	25
3.4.1. Kouření	25
3.4.2. Cestování	26
3.4.3. Sexualita.....	26
3.4.4. Psychosociální oblast.....	26
3.4.5. Zaměstnání.....	27
3.4.6. Balneoterapie	27
4. Edukace a motivace P/K.....	28
4.1. Základy edukace P/K	28
4.2. Edukační bariéry	30
4.3. Edukační plán.....	31

4.4. Motivace P/K	32
Výzkumná část.....	35
5. Úvod praktické části	35
6. Dotazník pro střední zdravotnický personál	36
6.1. Všeobecná část	36
6.2. Teoreticko-praktická část	41
7. Dotazník pro pacienty/klienty	48
8. Analýza dotazníkového šetření.....	57
9. Diskuze, vyjádření k hypotézám	59
10. Doporučení pro praxi	61
10.1. Komplexní řešení.....	62
10.2. Závěr.....	64
Seznam použité literatury a zdrojů	65
Seznam obrázků:.....	67
Seznam tabulek:.....	69
Seznam příloh:	71
Přílohy.....	72

Přehled zkratk

ACEi	Inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu
AT-blokátory	Antagonisté pro angiotensin II. typu
Bc.	Bakalář
BNP	B typ natriuretický polypeptid
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
EBDK	Elastické bandáže dolních končetin
EKG	Elektrokardiografie
CHSS	Chronické srdeční selhání
ICD	Implantabilní kardioverter defibrilátor
ICHS	Ischemická choroba srdeční
Mgr.	Magistr
NYHA	(New York Heart Association), škála k hodnocení tíže CHSS
P/K	Pacient/klient
SF	Související faktor
SKG	Selektivní koronarografie
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TTE	Transthorakální echokardiografie
TUL	Technická univerzita v Liberci
UZ	Určující znak
VO ₂ max.	Maximální vrcholová spotřeba kyslíku
VOŠ	Vyšší odborná škola
VS	Všeobecné sestry
VŠ	Vysoká škola

1. Úvod

Téma: Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání jsem si zvolila nejen z důvodu svého velkého zájmu o kardiologii, ale i kvůli tomu, že kardiovaskulární onemocnění jsou ve vyspělých zemích vedoucí příčinou morbidity a mortality, daleko před onkologickými chorobami. Ve srovnání s některými západoevropskými zeměmi není problematika chronického srdečního selhání v českém zdravotnickém systému komplexně řešená. Cílem této práce je zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatek informací o problematice, zda se v této oblasti trvale školí a zda edukují dostatečně pacienty/klienty a samostatně kontrolují výsledky léčby. Dalším cílem je zjistit, zda jsou pacienti/klienti správně edukováni a mají dostatek informací. Současně by měla práce ověřit, zda pacienti/klienti dodržují režimová doporučení, a jak vliv doporučení na léčbu sami vnímají. Posledním cílem je posoudit, zda jsou pacienti/klienti pravidelně kontrolováni a mají zpětnou vazbu ke svému režimu. Všechny hypotézy pro tuto práci jsou nastaveny spíše negativně, což vychází nejen z podkladů, jež mi poskytovala odborná literatura, ale i z mého osobního přesvědčení, že je poučenost našich pacientů/klientů s touhou diagnózou velmi malá.

Jak se později v mé práci čtenář dozví, chronické srdeční selhání má tendenci k trvalé progresi, kdy každá dekompenzace stavu nemocného vede k tomu, že se zdravotní stav pacienta/klienta obvykle nevrátí na úroveň, na které byl dříve. Každá hospitalizace pro dekompenzaci chronického srdečního selhání je pro zdravotní systém velmi náročná a drahá. Řešením této situace, by tedy bylo včasné zamezení komplikacím a dekompenzacím tohoto onemocnění. Tím, by se zlepšil dlouhodobý stav nemocného, snížil by se počet hospitalizací a mimo jiné by poklesla i částka financí vynakládaných na tuto léčbu. To je v dnešní době trendem ve všech vyspělých zemích a prevence se stává nejzákladnějším kamenem všech ošetrovateľských oborů a postupů.

V současnosti situace v běžné praxi u nás vypadá tak, že pacient/klient dochází standardně jednou za čtvrt až půl roku do kardiologické ambulance. Pokud se zhorší klinický stav v mezidobí, většina pacientů/klientů podvědomě očekává zlepšení a promešká optimální dobu k úpravě léčby. Do nemocnice se obvykle dostanou až ve fázi pokročilé dekompenzace s dušností, mnohdy až plicním edémem, případně s rozvinutými otoky nebo anasarkou. Jindy mohou stav komplikovat arytmie jako fibrilace síní.

Věřím, že práce poskytne nejen dostatek teoretických informací, ale zároveň nabídne z dotazníkového šetření nové poznatky, jež budou efektivně využity v praxi. V závěru práce bude mojí snahou přinést perspektivní řešení dané problematiky, jež bude široce využitelné a přínosné jak pro střed našeho zájmu, tedy nemocného, tak pro nás, jako ošetrovatelský a lékařský personál.

2. Chronické srdeční selhání

Chronické srdeční selhání (dále jen CHSS) je syndrom, vznikající jako následek širokého spektra předešlých patologických stavů a onemocnění srdce, který významně snižuje kvalitu a délku života. Prevalence CHSS se aktuálně pohybuje okolo 2%. Dá se tedy předpokládat, že v České republice (dále jen ČR) trpí touto chorobou 150-200 000 osob. Nepříznivou informací je též i to, že výskyt CHSS téměř epidemicky vzrůstá. Incidence CHSS se pohybuje kolem 0.4%. Což znamená pro ČR 40 000 nově nemocných pacientů/klientů (dále jen P/K) ročně. Proč se výskyt CHSS zvyšuje? Jedním důvodem je stárnutí populace, neboť prevalence CHSS vzrůstá s věkem. Další příčinou je moderní léčba akutních stavů, která zlepšuje prognózu nemocných a dovoluje P/K dospět až do fáze CHSS. Ač se s výskytem onemocnění výrazně zvýšil i medián počtu hospitalizací, délka průměrné hospitalizace se během 10 let zkrátila z 21 dnů na 10.¹

„ Příčinou téměř 305 případů hospitalizace na 100 tisíc obyvatel bylo selhání srdce dg. I50. Průměrná ošetrovací doba u těchto případů činila 10 dnů a průměrný věk téměř 75 let. Tyto hospitalizace skončily úmrtím téměř v 11,7 % případů. “²

Díky moderním postupům v léčbě CHSS došlo ke zlepšení prognózy, ač ta stále není příliš uspokojivou. Je nutné říci, že téměř polovina nemocných umírá do 5 let od stanovení diagnózy. Dalším významným faktorem je ekonomické zatížení zdravotnického systému. V Evropě a ve Spojených státech amerických představuje léčba CHSS 1-3% zdravotnických nákladů.³

„ Ekonomická náročnost léčby srdečního selhání dnes ve vyspělých evropských zemích představuje 1-2% veškerých nákladů do zdravotnictví, což v ČR představuje ročně 17-35 miliard Korun českých. “⁴

¹ Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – Guidelines ČKS 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz. Strana 2-3.

² Ústav zdravotnických informací a statistiky, informace z roku 2008 získány díky komunikaci a spolupráci Jana Žofky 21.1.2011.

³ Kautzner, Josef. Chronické srdeční selhání. Kardioforum (Edukační příloha Kardiologické revue). Rok 2004, číslo 1. Úvodní článek. Strana 3.

⁴ Špinar, Jindřich. Vítovec, Jiří. Jak dobře žít s nemocným srdcem. Praha – Nakladatelství Grada. Rok 2007. I. vydání. Strana 9.

2.1. Patofyziologie

CHSS je stav, kdy srdce není schopno udržet srdeční výdej na úrovni odpovídající potřebám organismu. Příčin tohoto onemocnění je mnoho. Vždy však jde o srdeční dysfunkci ať už systolickou nebo diastolickou. Při systolické dysfunkci klesá stažlivost myokardu, a proto je ovlivněna ejekční frakce komor a posléze i srdeční výdej. Při diastolické dysfunkci jde naopak o zhoršené plnění komor krví způsobené zhoršením jejich poddajnosti nebo roztažitelnosti. Vždy se jedná buď o primární poškození srdce zánětlivým, degenerativním a ischemickým procesem nebo o dlouhodobé přetěžování myokardu patologicky zvýšeným afterloadem nebo preloadem (např. u vrozených vývojových vad nebo u chlopenních vad). Také srdeční arytmie (např. fibrilace síní) mohou indukovat CHSS (tzv. kardiomyopatie navozená arytmií). Nicméně nejčastější příčinou CHSS, vyskytující se u více než 50% nemocných, je v našich krajích ischemická choroba srdeční.

Nedostačující minutový srdeční výdej při CHSS se snaží organismus kompenzovat zapojením adaptačních mechanismů, jako je zvýšení tepové frekvence, zvýšení kontraktility, zvýšení předtížení (preload). Tyto mechanismy zastiřešuje především sympatikus, systém renin-angiotensin-aldosteron a neurohumorální systém. Je nutné říci, že neurohumorální a sympatikoadrenální adaptace na počátku onemocnění vedou v krátkodobém horizontu ke kompenzaci stavu, dlouhodobě však do jisté míry kontraproduktivně způsobují hypertrofii kardiomyocytů, dilataci komor, remodelaci myokardu a následně přispívají k progresi CHSS. Snížení krevního tlaku při CHSS vede k aktivaci sympatikoadrenálního systému. To přináší zvýšené vylučování aldosteronu, kvůli čemuž se následně více ukládají ionty sodíku, jež navazují vodu a tak se snižuje se průtok krve ledvinami. Sympatikus urychluje tepovou frekvenci. Uvolněný vasopresin způsobuje vasokonstrikci a podporuje retenci vody. Zmíněná vasokonstrikce způsobí snížení průtoku krve svaly a v návaznosti s tím se zmenší i tolerance zátěže, retence vody vede ke zhoršení měštnání a k otokům. Neurohumorální systém vede k apoptóze – ztrátě kontraktilních elementů v myokardu. V intersticiu se přestavuje vazivo a přibývá kolagenních vláken, které vedou ke ztrátě poddajnosti. Postupně dochází i ke katabolismu, neboť P/K trpí zvýšeným metabolismem v důsledku náročné ventilační a srdeční práce. Následně hrozí riziko úbytku svalové i kostní hmoty a v nejzávažnějších případech dochází i ke kardiální kachexii. Jde tedy o tzv. začarovaný kruh. Adaptační

mechanismy mají sice důležitou roli v kompenzaci CHSS, ale z dlouhodobého hlediska samy ve svých důsledcích vedou paradoxně ke zhoršení celkového stavu P/K.⁵

(Příloha A)

2.2. Příznaky

Příznaky CHSS zahrnují především dušnost, otoky a sníženou toleranci zátěže spojenou s únavou a nevykonností. Dušnost vzniká jako následek plicní kongesce neboli městnání krve v plicích způsobené dysfunkcí levé komory. Zprvu se dušnosti objevují nejprve při námaze jako zadýchání se při větší zátěži. Postupně však může docházet ke zhoršování a dušnost se objevuje i při zátěži malé nebo dokonce v klidu. Může se vyskytnout i paroxysmální noční dušnost objevující se při pokročilejším selhávání v důsledku redistribuce tekutin v těle vleže. Nejzávažnější formou dušnosti u CHSS je plicní edém, u kterého je P/K enormně klidově dušný, tachypnoický a neklidný. Má chladné akrální části těla, často je patrná centrální cyanóza a P/K vykašlává zpěněné nebo narůžovělé sputum.

Otoky jsou projevem městnání krve v systémovém řečišti, což je způsobeno progresí levostranné srdeční insuficience do oboustranné nebo izolovaným selháním pravé komory. Toto městnání vede k přesunu tekutiny do intersticia. Otoky se proto objevují zpravidla bilaterálně a nejprve v oblasti kotníků. V době kdy je postřehneme, můžeme předpokládat retenci tekutin již v míře 2-4 litrů. Tato retence se také projeví úměrným zvýšením hmotnosti. Postupně může dojít ke generalizaci otoků s prosáknutím tkání v oblasti celého těla. Tehdy hovoříme o anasarce. Často přitom lze pozorovat i ascites nebo fludiothorax.

Snížená tolerance zátěže a únavnost jsou dalšími příznaky, které jsou způsobeny neadekvátním minutovým výdejem srdečním a nedostatečnou dodávkou kyslíku a živin tkáním. Tyto změny jsou nejvýznamnější u kosterních svalů, které jsou díky vazokonstrikci méně prokrvené, tvoří ve větší míře laktát a svaly se dříve unaví.

Ke stanovení závažnosti CHSS se stále nejvíce používá funkční hodnocení dle NYHA (New York Heart Association). NYHA rozděluje obtíže pacienta ve velmi jednoduché

⁵ Informace získány z: Widimský, Jiří. Srdeční selhání. Praha – Nakladatelství Triton. Rok 2003. II. vydání. Strana 30-70.

koncepti do 4 stupňů. Škála hodnotí výkonnost P/K a subjektivní příznaky, a tak poskytuje zdravotnickému personálu přijatelný odhad stavu P/K. (Příloha B)

CHSS však přináší i další obtěžující příznaky. Setkáváme se i se známkami snížené perfúze centrálního nervového systému, což se projevuje somnolencí, amenními stavy nebo změnami chování. CHSS je doprovázeno tachykardií, případně cvalovým rytmem a objevuje se i pulsus alternans, kdy se střídá velká a malá tepová amplituda. K těmto relativně specifickým příznakům patří ovšem i příznaky nespecifické, příznačné pro mnoho jiných chorob, které mohou vést k chybné diagnóze. Jedná se zejména o celkovou slabost, nauzeu, nykturii, pocení, a insomnii.⁶ (Příloha C)

2.3. Diagnostika

Podezření na CHSS lze vyslovit na základě rozboru anamnézy a fyzikálního vyšetření. Při provádění fyzikálního vyšetření se zaměřujeme především na srdeční rytmus, krevní tlak, známky hypertrofie levé komory, známky srdeční dilatace, srdeční šelesty, otoky dolních končetin, vedlejší dýchací fenomény a další objektivní znaky, které mohou svědčit pro diagnózu CHSS.

Jedním ze základních vyšetření u CHSS je elektrokardiografie (dále jen EKG). I když je fyziologické EKG u P/K s CHSS poměrně vzácné, změny křivky bývají málo specifické. EKG je suverénní metodou pro diagnostiku arytmií. Další metodou je rentgenové vyšetření srdce a plic, které může prokázat zvětšení srdečního stínu a dovoluje měřit poměr srdečního stínu k šíři hrudníku. Na rentgenu lze také rozeznat městnání v malém oběhu nebo pleurální výpotek.

Nejvýznamnějším vyšetřením při diagnostice CHSS je transthorakální echokardiografie (dále jen TTE). TTE je pro diagnostiku významná proto, že neinvazivně zobrazí celé srdce, jeho oddíly, velikosti a zobrazuje také jejich funkci. Dopplerovské vyšetření dovoluje zobrazení toku krve a měření tlakových gradientů. V případě potřeby je nutno provést vyšetření pomocí jícnové echokardiografie. Oba způsoby echokardiografického vyšetření dokáží odhalit systolickou i diastolickou dysfunkci a další patologické stavy. Proto často ukáže i příčinu vzniku CHSS. Pro problematiku CHSS je důležité stanovení ejekční frakce, což je základní parametr hodnotící systolickou

⁶ Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – Guidelines ČKS 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz. Strana 3-5.

funkci a parametr, který určuje prognózu nemocných. Hodnota ejekční frakce vyjadřuje podíl objemu krve vypuzené z levé komory při systole proti objemu krve v komoře na konci diastoly.

Další diagnostickou metodou jsou laboratorní testy. Vždy u P/K s podezřením na CHSS odebíráme krev na standardní vyšetření biochemické, hematologické, koagulační a odebíráme i moč na vyšetření chemické a vyšetření sedimentu. Základním laboratorním indikátorem CHSS je B-typ natriuretický peptid (dále jen BNP). Je to neurohormon vylučovaný srdečními komorami v návaznosti na tlakovou nebo objemovou zátěž. Vyšetření hladiny BNP je velmi rychlé, proto může sloužit jako významný parametr, který může být rozhodující pro potvrzení diagnózy CHSS. Při podezření na určité specifické příčiny CHSS bývají indikovány speciální laboratorní testy (např. imunoelktroforéza, imunologické vyšetření, atd.).

Moderní medicína nám poskytuje i mnoho dalších metod, které nám mohou dopomoci k diagnóze, případně ke stanovení závažnosti stavu a prognózy. Jedná se například o spirometrii. Spirometrie je neinvazivní metoda významná v diferenciální diagnostice, neboť pomáhá určit příčinu dušnosti. Další možnosti jsou zátěžové testy. Jedná se především o ergometrii a spiroergometrii. Obě tato vyšetření prokazují sníženou toleranci zátěže. Posledně jmenované vyšetření slouží k objektivizaci snížené tolerance zátěže prostřednictvím stanovení maximální spotřeby kyslíku.

Dále lze využít celé spektrum metod nukleární medicíny, které mohou posoudit kromě ejekční frakce obou komor i prokrvení myokardu nebo plicního řečiště. Další možnosti přináší komputrová tomografie (dále jen CT). CT angiografie pomocí multidetektorového CT scanneru, dovoluje přesné ověření anatomie srdce a velkých cév. Nejmodernější CT přístroje dovolují i neinvazivní vyšetření koronárních tepen. V neposlední řadě je nutno jmenovat magnetickou rezonanci (dále jen MR), která dovoluje přesné změření objemů jednotlivých oddílů a posouzení jejich funkce a dokonce i porušené synchronizace kontrakce. Po podání kontrastní látky je možné rozlišit jizvy v myokardu od myokardu, který má sníženou funkci díky nedostatku kyslíku.⁷

Mezi invazivní vyšetřovací metody patří selektivní koronarografie (dále jen SKG). Selektivní koronarografie má význam u nemocných, u kterých se předpokládá, že je příčinou CHSS ischemická choroba srdeční. V případě, kdy je prokázáno zúžení

⁷ Informace získané z konzultace s vedoucím bakalářské práce 13.3.2011.

koronárních tepen a viabilní myokard, lze provést ještě při výkonu perkutánní koronární intervenci (obvykle balonkovou angioplastiku doplněnou o implantaci stentu). V případě závažnějšího poškození můžeme dle výsledku SKG naplánovat revaskularizační operaci srdce. SKG je možno podle potřeby doplnit hemodynamickým vyšetřením s měřením minutového výdeje srdečního, tlakových gradientů, dalších angiografií, atd. V případě potřeby je indikována endomyokardiální biopsie, kdy se přímo odebere vzorek srdeční tkáně k histologickému vyšetření. Mezi invazivní vyšetření patří i elektrofyziologické vyšetření, které slouží k posouzení vyvolatelnosti různých srdečních arytmií a k posouzení jejich povahy⁸

Souhrnem lze říci, že diagnostika CHSS se vždy opírá o subjektivní příznaky, objektivní známky a výsledky cílených laboratorních, zobrazovacích a instrumentálních vyšetření. Jak jsem již výše zmínila, problémem zůstává v některých případech nespecifičnost určitých známek, která může vést k chybné diagnóze.⁹

2.4. Léčba

Mezi hlavní cíle léčby CHSS patří zlepšení kvality života, zpomalení progresu CHSS a příznivé ovlivnění prognózy. V případě, kde existuje odstranitelná příčina je samozřejmě nejdůležitějším principem léčby odstranění této příčiny. To může v řadě případů vést k vyléčení CHSS. Nicméně, většinou je CHSS výsledkem předchozích nezvratných poškození myokardu a zapojení kompenzačních mechanismů. Tehdy nemůžeme CHSS vyléčit, ale můžeme správným vedením léčby zamezit zbytečným dekompenzačním stavu a tím omezit i počet hospitalizací. Příkladem je odstranění faktorů vedoucích k dekompenzacím, jako jsou arytmie, infekce, nekontrolovaná arteriální hypertenze a další. Léčba CHSS je komplexní a měla by zahrnovat režimové opatření, léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Režimovým opatřením se budeme věnovat v celé další kapitole.

⁸ Informace získané z konzultace s vedoucím bakalářské práce 13.3.2011.

⁹ Informace získány z: Widimský, Jiří. Srdeční selhání. Praha – Nakladatelství Triton. Rok 2003. II. vydání. Strana 70-100.

2.4.1. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba CHSS je založena na několika principech. Jsou zaměřeny na optimalizaci preloadu a afterloadu a na odstranění nežádoucích důsledků kompenzačních mechanismů. (Příloha č. 4) Hlavní skupinou léků, které prokazatelně ovlivňují průběh CHSS jsou inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (dále jen ACEi). Tyto preparáty mají vasodilatační efekt, natriuretické působení, způsobují regresi hypertrofie a brání tvorbě vaziva v myokardu. ACEi mají příznivý vliv na progresi onemocnění a mortalitu.

*„ Metaanalýza klinických studií ukázala, že průměrný pokles mortality je o 23% a součtu mortality a morbidit (vyjádřené počtem hospitalizací) dokonce o 35%. Vyjádříme-li to jinak, pak léčením 1000 nemocných se srdečním selháním inhibitory ACEi po dobu jednoho roku se zabráni 13 úmrtím, 65 hospitalizacím pro zhoršení srdečního selhání a 99 hospitalizacím z jakéhokoliv důvodů. “*¹⁰

Další skupinou jsou Antagonisté pro angiotensin II. typu (dále jen AT-blokátory). Tato léčiva blokují účinek angiotensinu II. typu na receptor. Tím dochází k zabránění vasokonstrikce, sníží se tvorba aldosteronu a rovněž i retence natria. AT-blokátory příznivě ovlivňují hemodynamické parametry a toleranci zátěže. Používají se především při intoleranci ACEi.

Velmi důležitými léky jsou beta-blokátory, které působí proti nadměrné sympatoadrenální aktivaci. Nejenže zvyšují počet a zlepšují stav beta-receptorů, ale také chrání myocyty, mají antiarytmický účinek, snižují rychlost tepové frekvence, vedou k prodloužení diastoly a ke snížení spotřeby O₂. Beta-blokátory přináší také reverzní remodelaci levé komory snížením enddiastolického objemu, přičemž normalizací tvaru komory vedou ke zlepšení systolické funkce. I proto studie dokazují, že beta-blokátory snižují mortalitu až o 35%.

K dalším lékům nezbytně podávaným u pokročilejšího CHSS patří diuretika. Diuretika jsou podávány především ze symptomatických důvodů. Blokují absorpci sodíku, tím zvyšují jeho vylučování a diurézu. U dekompenzovaných stavů je nutné podávat diuretika akutně, k úpravě plicních tlaků, otoků, městnání a dušnosti.

V některých případech se používají i další léky. Příkladem je digoxin - pozitivně inotropní látka, která potlačuje sympatoadrenální aktivaci při CHSS, a tak významně ovlivňuje symptomy. Zpomaluje komorovou odpověď při fibrilaci síní, a proto se

¹⁰ Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – Guidelines ČKS 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz. Strana 12.

používá u CHSS hlavně u P/K s touto arytmií. Z dalších léčiv je nutné se zmínit o vasodilatancích, antihypertenzivech, antiarytmikách, o hypolipidemicích a v poslední řadě o antiagregační a antikoagulační léčbě.¹¹ (Příloha D)

2.4.2. Invazivní terapie CHSS

Existuje celá řada invazivních intervencí, které se používají v případě, kdy režimové opatření a farmakologická léčba selhávají. Jednou z možností u P/K s porušeným vedením vzruchů na úrovni srdečních komor je srdeční resynchronizační terapie. Ta má za cíl upravit poruchu elektromechanické synchronie. Toho se dá dosáhnout implantací speciální elektrody na povrch levé komory společně s elektrodou v dutině komory pravé a současnou stimulací obou komor ze speciálního kardiostimulátoru. Tato léčba příznivě ovlivňuje kvalitu života a zlepšuje prognózu nemocných.

Vzhledem k tomu, že P/K s pokročilejším CHSS jsou ohroženi na životě maligními arytmiemi, je u nich běžně implantován implantabilní kardioverter-defibrilátor (dále jen ICD). Je to přístroj, který dokáže rozpoznat rychlé komorové arytmie a okamžitě provést léčebný zákrok v podobě kardioverze nebo defibrilačního výboje. Indikace k implantaci se neustále zlepšují a v současnosti se přístroje implantují i u nemocných, kteří ještě žádnou takovou arytmií neprodělali, ale jsou ve vysokém riziku. V mnoha případech se kombinuje ICD s resynchronizační léčbou (tj místo kardiostimulátoru stimuluje samotný přístroj ICD).

„ Implantace biventrikulárního ICD vedla u většiny nemocných k významnému zlepšení kvality života měřeno relativním poklesem skóre dle SF-36 /vysvětlení: Dotazník o zdravotním stavu/. Vyšší kvalita života byla spojena s průkazem reverzní remodelace levé komory a absencí ICD výbojů (64 ze 79 – 81%). U 20 % nemocných došlo k přechodnému zlepšení kvality života (3 měsíce) a poté ve 12 měsících nebylo zlepšení kvality života již patrné.“¹²

V případě výskytu pomalých srdečních rytmů je i u nemocných s CHSS indikována implantace běžného kardiostimulátoru. V dnešní době se stále častěji indikuje i v takových případech implantace přístroje, který umožňuje resynchronizační léčbu. V případě, kdy se stav nemocného horší i přes výše uvedené léčebné postupy, lze u něj implantovat mechanickou srdeční podporu. Jsou to různé druhy čerpadel, která zajišťují

¹¹ Hegarová, Markéta. Chronické srdeční selhání. Kardioforum (Edukační příloha Kardiologické revue). Rok 2004, číslo 1. Kapitola Farmakoterapie.

¹² http://www.cksonline.cz/16-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta.

dostatečný srdeční výdej a umožní překlenout kritické období, než se nalezne vhodný dárce pro transplantaci srdce.¹³

2.4.3. Transplantace srdce

Transplantace srdce je jedinou léčebnou alternativou, která dokáže zvrátit nepříznivý průběh pokročilého CHSS. Potenciální kandidáti musí být podrobně vyšetřeni a musí být vyloučeny veškeré stavy, které by výrazně omezily přežívání nemocných nezávisle na CHSS. Všichni kandidáti jsou vedeni na čekací listině podle závažnosti stavu a průběžně je monitorován jejich klinický stav. Nemocný po transplantaci vyžaduje trvalou léčbu ve specializovaných kardiocentrech. Úspěšně transplantované srdce však velmi výrazně zvyšuje kvalitu života a jeho prognózu.¹⁴

*„ Operační úmrtnost je kolem 10 %, 1 rok přežívá 80% a 5 let 70% nemocných. “*¹⁵

2.5. Prognóza

Jak jsem již výše naznačila, CHSS je onemocnění, které není možné ve většině případů zcela vyléčit. Navzdory všem nejmodernějším metodám nehovoří stále prognostické údaje příliš příznivě. Je to dáno tím, že jde o konečné stádium poškození srdce různými onemocněními. Ovšem i s CHSS se dá žít kvalitní a plnohodnotný život. Zatímco asymptomatickým P/K jde nejvíce o prodloužení života, nemocným ve stádiu s NYHA III.-IV. záleží především na zmírnění potíží. Proto je nutné brát všechny P/K individuálně a zohledňovat jejich stav a přání. Nejčastější příčinou smrti P/K je progresse CHSS, náhlá smrt na fibrilaci komor nebo elektromechanickou disociaci. Základem dlouhodobé léčby je pravidelná dispenzarizace. Včasné stanovení komplikací a rychlé řešení nově vzniklých problémů, spolu se správně nastavenou medikamentózní a eventuelně i invazivní léčbou a dodržováním režimových opatření může vést k dlouhodobému udržování relativně bezpříznakového období.

¹³ Informace získané z konzultace s vedoucím bakalářské práce 23.2. 2011.

¹⁴ Informace získané z konzultace s vedoucím bakalářské práce 23.2.2011.

¹⁵ Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – Guidelines ČKS 2006, dostupné na: www.kardio-cz.cz. Strana 22.

3. Režimová opatření

V této kapitole jsou uvedena nutná režimová opatření. Ta jsou základem nefarmakologické a neinvazivní léčby a jsou nezbytnou součástí sekundární prevence. Režimová opatření přispívají nejen ke zlepšování stavu nemocného, ale i ke zvyšování soběstačnosti P/K a jeho psychické pohodě.

3.1. Pohybová aktivita

Pravidelná tělesná aktivita je, podle mého názoru, nejvýznamnějším režimovým opatřením v léčbě CHSS. Ještě v 90. letech 20. století většina lékařů cvičení u CHSS nedoporučovala, považovali to za nebezpečné a život ohrožující. Nemocní se dostávali do dekondice a srdce nemělo žádný trénink. Dnes je naopak pohyb doporučován. Jak bylo výše řečeno, CHSS je doprovázeno sníženou tolerancí zátěže. Fyzický trénink sice neovlivní srdeční funkci, ale zlepší kondici organismu a jeho přizpůsobení se zátěži. Fyzický trénink sice tedy neovlivní hladinu ejekční frakce, ale zvýší kvalitu života a soběstačnost nemocného. Ne však každá tělesná aktivita je pro nemocné s CHSS vhodná. Důležité pravidlo je dbát na vyrovnaný režim, a především nepřeceňovat své síly. Každou pohybovou aktivitu je nutné vyvážit dostatkem pasivního odpočinku a spánku. Pro nemocné s CHSS jsou nejhorší náhlé intenzivní zátěže.

„ Tělesný trénink u srdečního selhání zlepšuje především endotel cév a metabolismus svalů. Tím snižuje nároky organismu na dodávku krve a kyslíku a tak i při nezměněné srdeční funkci je nemocný výkonnější, má méně obtíží a prodlužuje si život. “¹⁶

Míra všech prováděných aktivit se řídí závažností onemocnění. P/K s NYHA I. a II. je schopen normálního života a není ve svých fyzických aktivitách příliš omezen, proto je vhodný kontinuální trénink. Naopak v akutním stavu a u nemocných s NYHA IV. je doporučen absolutní klid na lůžku.

P/K by se měl tedy řídit doporučením lékaře a svým aktuálním zdravotním stavem. Je vhodné před začátkem tréninku provést ergometrii, jež posoudí schopnost P/K snášet zátěž a určí maximální tepovou frekvenci, které by měl P/K při tréninku dosáhnout.

¹⁶ Špinar, Jindřich; Vítovec, Jiří. Jak dobře žít s nemocným srdcem. Praha- Nakladatelství Grada. Rok 2007. I. vydání. Strana 183.

Tepová frekvence by měla činit 60-80% maxima. V případě spiroergometrie je vyhodnocena také maximální vrcholová spotřeba kyslíku, k níž by se měl nemocný při tréninku taktéž přiblížit. Vrcholová spotřeba kyslíku by měla být na začátku tréninku okolo 40%, postupně však až 80% maxima. K zahájení tréninku by měl být P/K kompenzovaný, bez pocitu dušnosti s tepovou frekvencí v klidu pod 110 tepů za minutu. (Příloha E) V úvodní fázi tréninku je nemocný zatím méně aktivní a cvičení je méně intenzivní, proto by měl P/K cvičit častěji a delší dobu. V další fázi dochází ke zlepšování fyzické kondice. Nemocný by měl postupně dosahovat výše zmíněných hodnot tepové frekvence a spotřeby kyslíku. V této situaci už je nutné pouze dlouhodobě udržovat současnou fyzickou kondici. Nemocný by měl cvičit 3-5 krát týdně standardně 30-60 minut. Cvičení by mělo vždy začít rozvíčkou, pak by měla následovat vlastní pohybová aktivita a nakonec protažení a relaxace.

Pro P/K jsou vhodné vytrvalostní sporty, kdy nemocný může měnit intenzitu podle své potřeby. Mezi tyto sporty se řadí nejen rychlá chůze, ale také jízda na kole a běh. Chůze zpravidla bývá první fyzickou aktivitou, která je nemocnému doporučována. Má mnoho výhod. Nejen, že není časově náročná, nevyžaduje organizovanost ani žádné speciální prostory, probíhá na čistém vzduchu, je bezpečná ale také je šetrná ke kardiovaskulárnímu systému, neboť rychlost, délka a celková intenzita chůze se může upravovat dle potřeb nemocného. Intervalové sporty střídají pracovní fázi s odpočinkem, tyto sporty můžou být také vhodné, záleží na nemocném a na jeho schopnosti přizpůsobit si intenzitu cvičení a poměr aktivity a odpočinku. Další skupinou je cvičení respirační, zahrnuje zejména jógu, jogging a plavání. Tato cvičení mají kromě celkové prospěšnosti význam i v posílení dýchacího systému. Izometrické jinak řečeno silové cvičení není pro nemocné s CHSS nevhodné. Sporty jako kulturistika, box a podobně jsou zpravidla zakázány.

Základem by měla být pravidelná přiměřená aktivita. P/K by měl být ve svých činnostech podporován a motivován k dalším pokrokům. Pro objektivizaci zlepšování kondice P/K postačí posouzení stavu nemocného a výše zmíněné zátěžové testy.¹⁷

¹⁷ Informace získány z: Špinar, Jindřich; Vítovec, Jiří. Jak dobře žít s nemocným srdcem. Praha- Nakladatelství Grada. Rok 2007. I. vydání.

3.2. Strava

Jedním ze základních opatření je vhodná změna stravovacích návyků. P/K s CHSS je často obézní, z tohoto důvodu je nutná strava méně kaloricky bohatá, denní příjem se doporučuje do 10 000 KJ/den. Denní příjem tuků by neměl přesáhnout 30% denní dávky potravy. Doporučuje se pozvolné snižování hmotnosti 1-2 kg/měsíc. V terminálních stavech CHSS může být P/K naopak kachektický, pro tyto situace je doporučována strava kaloricky bohatá, velmi důležitý je zejména příjem proteinů, stavebních látek organismu. Pro komplexní a plnohodnotnou výživu vyrábějí různé firmy široké spektrum nutričních doplňků.

Jinak jsou doporučena spíše všeobecná pravidla racionálního stravování. Nemocný by měl jíst po menších porcích 5-6 krát denně. Je vhodné vyřadit z jídelníčku máslo a další živočišné tuky, nasycené mastné kyseliny, tučná masa, uzeniny, dorty a zákusky. Je naopak vhodné zařadit libové maso, především králíčí, kuřecí, krůtí a vepřové medailonky, olivový olej a dále netučné šunky, odtučněné mléčné výrobky, vlákninu, ovoce a zeleninu. Pro P/K s CHSS je velmi významný příjem soli, ten by neměl přesáhnout 5g/den, v případě NYHA III. – IV. se doporučují pouze 3g/den a u závažné dekompenzace je nutná restrikce příjmu soli až na 1g/den. Důležitý je i příjem draslíku. Draslík získáváme převážně z ovoce a ze zeleniny, významné množství draslíku je v banánech, meruňkách a bramborech. Důležitá je abstinence alkoholu. Pouze u NYHA I. – II. je příležitostně povoleno mužům 40g a ženám 30g alkoholu denně. To odpovídá 1 pivu nebo 2 decilitrům vína. P/K s CHSS by měl denně přijmout 1,5-2 litry tekutin. V pokročilých stádiích CHSS, NYHA IV., při hyponatrémii a otocích bývá nutná restrikce tekutin. Z důvodu restrikce je nutné řádně sledovat hladiny minerálů a bilanci tekutin.¹⁸

3.3. Selfmonitoring

Nedílnou součástí života P/K s CHSS se musí stát selfmonitoring. P/K se musí naučit rozeznávat a sledovat své potíže a známky CHSS. Stává se čím dál častěji, že si P/K sám

¹⁸ Informace získány z: Špinar, Jindřich; Vítovec, Jiří. Jak dobře žít s nemocným srdcem. Praha-Nakladatelství Grada. Rok 2007. I. vydání.

založí svůj zdravotní deník, v něm shromažďuje nejen všechny zprávy, ale i své poznatky. To je velmi vhodné a P/K by v tom měl být podporován.

Pro vlastní kontrolu a hodnocení závažnosti onemocnění je nutné, aby se P/K každý den vážil. Vážit by se měl vždy za stejných podmínek, ráno, nahý a na stejné váze. Monitorování hmotnosti je důležité kvůli zjištění případné retence tekutin. Nárůst množství vody se vždy projeví úměrným zvýšením hmotnosti. Proto když nemocný zjistí, že za 3 dny narostla jeho hmotnost o 3 kg je zřejmé, že dochází k zadržování tekutin v intersticiu. Z důvodu retence tekutin je nutné, aby P/K sledoval přítomnost otoků. Otoky se nejčastěji vyskytují bilaterálně v oblasti kotníků. Nemocný je rozpozná také třeba otlačeným pruhem od ponožek. Dále musí P/K sledovat dušnost. Zhoršení dušnost je však obtížné hodnotit. Většinou jen nemocní omezují ty aktivity, u kterých se zadýchají, ovšem poznat, jestli se zadýchají více než před týdnem, je složité. Proto je dobré sledovat počet pater nebo schodů, jež P/K vyjde bez zadýchání. Pokud zjistí, že minulý týden se zadýchal až ve třetím patře a dnes již v polovině druhého, pak je znát, že dochází k dekompenzaci. Vedle toho je vhodné, když je nemocný poučen, že má sledovat zvýšené pocení, palpitace, nykturii nebo pocity nauzey.

Vlastní monitorace sama sebe je pro P/K mnohdy obtížná. Vypovídací schopnost je však velmi významná. Pokud je P/K správně a dostatečně poučen, co má na sobě sledovat, je možné včas zabránit dekompenzaci CHSS. Při potížích by P/K měl mít možnost vyhledat rychle pomoc. Není vždy nutná návštěva kardiologa, ani hospitalizace, mnohdy postačí pouhá úprava medikace, restrikce tekutin nebo rada.¹⁹

3.4. Další doporučení

3.4.1. Kouření

Kouření je samozřejmě striktně zakázáno. Statistiky prokazují, že kouření se velmi významně podílí na 25% všech kardiovaskulárních onemocnění. Nejen, že kouření zvyšuje tlak, a urychluje tepovou frekvenci, ale zásadně zvyšuje riziko náhlé smrti. Statistiky prokazují, že většina kuřáků se pokouší přestat sama, tyto pokusy jsou úspěšné pouze ve 2%. Proto je doporučováno navštívit specializované pracoviště, které může

¹⁹ Informace získány z: Špinar, Jindřich; Vítovec, Jiří. Jak dobře žít s nemocným srdcem. Praha- Nakladatelství Grada. Rok 2007. I. vydání.

poskytnout cenné rady a pomůcky. Nejen, že existují varianty jak nahrazovat nikotin, ale jsou i možnosti jak se dá nahradit samotný akt kouření.

„ Je obecně známo, že zanechání kouření sníží celkovou mortalitu o 20-30% během 2-3 let a riziko vzniku reinfarktu klesne na úroveň nekuřáků. “²⁰

3.4.2. Cestování

P/K s CHSS by neměl navštěvovat rozvojové země, kde je nedostatečná úroveň zdravotnictví a nízká dostupnost zdravotnických zařízení. Nemocní s CHSS obvykle špatně snášejí vysoké teploty a zvýšenou vlhkost vzduchu. Problémem zůstává i cesta letadlem. P/K s CHSS může absolvovat pouze krátký let. V letadle je při delším letu nemocný ohrožen nejen tromb-embolickými komplikacemi, ale i dehydratací a otoky. Současně dojde ke zhoršení saturace krve kyslíkem, protože jeho parciální tlak je ve vzduchu v kabině vždy nižší. Nutnost letu je vhodné oznámit lékaři, který doporučí aplikaci nízkomolekulárního heparinu a další důležitá opatření, týkající se zejména medikace a hydratace.

3.4.3. Sexualita

Významná je v životním stylu i oblast sexuality. Sexuální aktivita je povolena vždy dle stavu nemocného. V některých případech se doporučuje před sexuální aktivitou aplikovat sublinguálně Nitroglycerin. Naopak je nutná velká opatrnost při používání Viagry a podobných prostředků, jež ovlivňují mimo jiné i tlak, tepovou frekvenci, tok krve a srdeční činnost. Viagra je absolutně kontraindikována při současném podávání nitrátů. U mladých nemocných P/K ve stádiu dekompenzace onemocnění nebo při NYHA III. - IV. se doporučuje zamezení graviditě. Těhotenství by bylo pro nemocnou příliš velkou zátěží.

3.4.4. Psychosociální oblast

S rozvojem psychosomatické medicíny je známo, že psychosociální oblast ovlivňuje i oblast fyzickou. V rámci režimových opatření je vhodné zamezit stresu. Nemocný by se měl vyvarovat velkému rozčilení a emocím.

²⁰ Michalič, Robert. Lékařské listy. Rok 2010. Číslo 14. Kapitola: Vliv komplexní lázeňské léčby na rizikové faktory aterosklerózy v rámci sekundární prevence ICHS. Strana 22.

„ Personalita (osobnostní typ) je nezávislý rizikový faktor dlouhodobé úmrtnosti na srdeční choroby...Typ A je dynamický, ambiciózní, agresivní, který se vyznačuje negativními emocemi a inhibicí vlastní osobnosti, má významně zvýšenou úmrtnost (4x). Naopak typ B je klidný, vyrovnaný až flegmatický a je u něj nižší riziko úmrtnosti na srdeční choroby. “²¹

3.4.5. Zaměstnání

Kardiak, který při kompenzaci CHSS nastoupí znovu do práce, musí dodržovat určitý pracovní režim. Měl by mít dostatek přestávek, možnost svobodně si naplánovat pracovní činnosti. Důležité je vhodné naplánování dovolené, P/K by si měl vybírat dovolenou vždy po více dnech, aby si stihl dostatečně odpočinout. Navzdory pracovnímu nasazení, je důležité, aby nemocný řádně залéčil každé své onemocnění a neuspěchal dobu rekonvalescence.

3.4.6. Balneoterapie

Lázeňství již zažilo svůj rozkvět, dnes je spíše na ústupu, ale i tak může být lázeňská léčba pro kardiaka velmi významná.

„ Metaanalýzy mnoha studií prokazují, že díky komplexní ústavní rehabilitaci a následné změně životního stylu dochází ke snížené kardiovaskulární i celkové mortality o 20-25%, a to je pokles srovnatelný s účinkem řady léků doporučovaných v rámci sekundární prevence pacientům. “²²

Potřeba lázeňské péče nastává ihned po akutním stavu. P/K může být přímo přeložen do lázní. V lázních začíná rekonvalescence dechovou rehabilitací. Podle spiroergometrie je naplánován tréninkový program. Mimo něj jsou k dispozici koupele, masáže, inhalace a další metody. Velký význam má zaměření na edukaci a společenské začlenění nemocných.

„ Na prvním místě jde samozřejmě o edukaci pacienta. Během pobytu jsou pacienti intenzivně motivováni k nekuřáctví, v tomto ohledu jim poskytujeme moderní léčbu v protikuřácké poradně...Snažíme se nastolit optimální dietní a pohybový režim, nastavit trend k redukci hmotnosti. Naším cílem je, aby od nás odcházel pacient poučený o režimových a dietních opatřeních s nastavenou racionální farmakoterapií. “²³

²¹ Sovová, Eliška; Jukl, Jan. 100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky. Praha- Nakladatelství Grada. Rok 2005. I. vydání. Strana 63.

²² Michalič, Robert. Lékařské listy. Rok 2010. Číslo 14. Kapitola: Vliv komplexní lázeňské léčby na rizikové faktory aterosklerózy v rámci sekundární prevence ICHS. Strana 22.

²³ Mařatka, Vít. Lékařské listy. Rok 2010. Číslo 14. Kapitola: Časná rehabilitace po kardiochirurgických operacích. Strana 17, 18.

4. Edukace a motivace P/K

Pro psaní této kapitoly jsem si položila základní otázku, co je podstatou problematické komunikace s chronicky nemocnými P/K. Po delších úvahách jsem došla k přesvědčení, že základem úspěšné komunikace a zajištění spolupráce nemocného je pochopení a vcítění se do jeho situace. Kriticky si musíme přiznat, že v nemocnici nemáme dostatek času a možností zamyslet se nad tím, co si náš P/K prožívá a jak se cítí. Proto mnohdy zvolíme nešťastně řečenou větu a proto také mnohdy zbytečně hýříme pozitivním duchem, ač by si nemocný více přál ošetřovatelku schopnou naslouchat než utěšovat.

Pro přiblížení pocitů a prožitků nemocných je zde uvedena citace od Elisabeth Kübler-Rossové, neboť ta situaci a pocity nemocných osob studovala celý život.

*„ Každý z nás by byl naplněn hněvem, kdyby byl náhle vytržen z normálního života. Jiní lidé si vesele žijí; naše těžce vydělané peníze, které jsme si dávali stranou, abychom si užili několik let v klidu, nám už nepomohou. Je v naší přirozenosti, že si chceme vylít zlost na lidech, kteří mohou ještě všeho užívat, kteří tak zaměstnaně běhají kolem, zatímco my se už ani nemůžeme udržet na nohou; k tomu přispívají nepříjemná vyšetření a dlouhodobý pobyt v nemocnici, který způsobuje tolik omezení naší svobody – naši ošetřovatelé si ve svém volnu užívají života. Zrovna tak plní nechutě se díváme na lidi, kteří nám přikazují, abychom leželi klidně, že potom by nám museli znovu zavádět jehlu k infuzi nebo transfuzi – a my bychom tu jehlu nejraději vyrvali z kůže a vůbec bychom chtěli něco jiného, abychom měli pocit, že ještě fungujeme, že ještě žijeme. “*²⁴

Pro oblast edukace a motivace je důležité i to, že pokud nevíme, jak se nemocný cítí, nemůžeme ho motivovat a edukovat a rozhodně si nezajistíme jeho spolupráci. Protože jak níže vysvětlím, je téměř nejdůležitější edukovat P/K s přizpůsobením se jeho osobnosti, náladě a myšlení.

4.1. Základy edukace P/K

*„ Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. “*²⁵

²⁴ Kübler-Rossová, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují – Nakladatelství Signum Unitatis. Rok 1992. I. Vydání. Strana 24.

²⁵ Juřeníková, Petra. Základy edukace v ošetřovatelské praxi. Praha – Nakladatelství Grada Publishing a.s.. Rok 2010. I. vydání. Strana 9.

Vedení účelné edukace se řídí mnoha zásadami. Zásadní je vytvořit pro edukaci vhodné a klidné prostředí. Podle zdrojů je nejlepší větraná místnost s denním světlem a teplotou okolo 20°Celsia. Pro navození příjemného pocitu edukované osoby je vhodné nabídnout tekutiny eventuelně další občerstvení. Edukace by měla trvat přiměřeně dlouho, zdroje uvádějí cca 30 minut. Důležité je podat jen tolik informací, kolik je jedinec schopen si zafixovat. Proto je vhodné opakování probraného tématu. Zopakovat edukační rozhovor je ideální za 3-5 dnů od první edukace. Naším cílem je, aby si P/K odnesl co nejvíce informací, proto je důležité poskytnutí materiálu, který si P/K odnese domů a může si jej sám prostudovat. Nabídka edukačních materiálů je dnes velmi široká. Pro výuku je velmi důležitá názornost. Vždyť už Konfucius říkal, že: „ *Co slyším, to zapomenu. Co vidím, to si pamatuji. Co si vyzkouším, tomu rozumím.* “ Významné je spojení teorie s praxí a téměř nejdůležitější je aktuálnost informací.

Na edukující osobu jsou kladeny vysoké nároky nejen znalostní a profesní, ale i osobní. Všeobecná sestra (dále jen VS) by měla edukovat P/K vždy s chutí. Měla by být svědomitá, trpělivá, důsledná a zodpovědná. Je žádoucí, aby soustavně a vytrvale opakovala poskytované informace. Z pohledu P/K je velmi důležité, aby edukující VS vzbuzovala dostatečnou důvěru a prokazovala empatický a profesionální přístup. VS musí zvládat operativní řešení jakéhokoliv problému. Měla by dokonale ovládat umění komunikace a mít výhradně pozitivní vztah k lidem. Z oblasti edukace je důležité mít dostatek odborných znalostí a zkušeností nejen ze svého oboru, ale i z oblasti edukačních technik. Nutností jsou výborně zanalyzované edukační potřeby a prostudované edukační materiály.

Zajímavou možností je vedení edukace ve větším kolektivu osob, nejen že kolektiv umožňuje diskuzi, ale také cenné předávání si osobních zkušeností. Ideální je skupina 3-5 P/K se stejnou diagnózou. Musíme však zvažovat interpersonální vztahy a přání. (Každý člověk má tendenci se před ostatními dělat lepší). Jak jsem v úvodu této kapitoly zmínila, je velmi zásadní i individuální přístup ke každému P/K. Individuální edukace je nejčastější. Umožňuje osobní kontakt. Edukující VS poskytuje informace jen podle potřeb jedince. P/K je nucen neustále aktivně reagovat na poskytované informace a tím se zvyšuje i efektivita jeho učení. Z pohledu VS je ale tato edukace méně efektivní, protože při kolektivní edukaci za stejný čas poučí více osob, zatímco při individuální poskytne informace jen jedinému P/K. Poslední variantou je hromadná výuka. Zde se jedná již spíše o semináře a konference. Počet účastníků se pohybuje již v desítkách, ne vždy se

stejným onemocněním. Přednášky jsou obsahově podobné. V tomto případě je velmi malá aktivita členů a nedostatečný individuální přístup.²⁶

4.2. Edukační bariéry

Během procesu edukace se setkáváme s velkým množstvím edukačních bariér. První bariérou, se kterou je nutné pracovat, je fáze onemocnění P/K. Ta má na nemocného významný vliv, který značně působí na jeho psychiku, motivaci a spolupráci. V akutním stádiu onemocnění vystupují příznaky onemocnění, které mají vliv na fyzický i psychický stav. P/K je zpravidla závislý na druhých, to je pro něj velmi omezující. Nemocný obvykle není schopen plného soustředění. V této fázi zpravidla podáváme pouze ty nejnnutnější informace týkající se aktuálních potřeb. Těsně po odeznění akutního stádia onemocnění, je však P/K přístupný a otevřený k získávání nových vědomostí. Nemocný je většinou též dobře soustředěný, ale je nutné pamatovat na vyčerpání z předchozího akutního stavu.

Při chronickém onemocnění se objevují vleklé příznaky, střídání dob kompenzace a dekompenzace. Nemocný je mnohdy unaven stylem života. První 3 měsíce chronického onemocnění se P/K adaptuje ke změnám ve svém životě, má strach, často je velmi negativistický. Proto obvykle negativně pohlíží na edukační snahu zdravotnického personálu. Ochota spolupráce, aktivita a touha po informacích začíná až při smíření se s chronickým onemocněním. P/K mají rozdílné osobnosti, proto se setkáváme s aktivními a pečlivými nemocnými ale i s nemocnými, kteří nemají zájem o informace a žádná doporučení nedodržují.

Je nutné zaměřit se i na obecné bariéry edukace. Na straně P/K to může být charakter a typ onemocnění, změny psychicky, jazyková bariéra, mentální handicap nebo odlišné kulturní a společenské zvyky. Někteří nemocní o nové informace nestojí, nejsou ochotni spolupracovat a dodržovat naše doporučení. Na straně VS se nejčastěji jedná o nedostatečnou přípravu, edukace často probíhá nahodile a neplánovaně. Častou bariérou je deficit edukačních vědomostí a dovedností, dále pracovní vytíženost a únava zdravotnického personálu. Setkáváme se i s nedostatečnou multidisciplinární spoluprací. Ačkoliv je dnes pokládána edukace za nedílnou součást ošetrovatelské praxe, nejsou VS

²⁶ Informace získány z: Juřeniková, Petra. Základy edukace v ošetrovatelské praxi. Praha – Grada Publishing a.s.. Rok 2010. I. vydání.

dostatečně motivovány k edukačním činnostem. Edukace je relativně novou součástí ošetrovatelské péče a přesto, že tato činnost klade na VS velké profesní nároky, není nijak odměňována a VS k ní nejsou vedeny.²⁷

4.3. Edukační plán

Edukační proces má 5 fází. Začíná stanovením pedagogických diagnóz. Pedagogická diagnóza vyjadřuje deficit znalostí, dovedností a postojů. Musí být stanovena přesně a podle individuální potřeby P/K. Druhá fáze je fáze projektování. Nejen, že si edukující VS musí zodpovědět otázky: proč, koho, jak, co, kdo, kdy, kde, za jakých podmínek a s jakým výsledkem bude edukaci provádět. Musí stanovit cíle, kterých chce při edukaci dosáhnout. Tyto cíle jsou krátkodobé nebo dlouhodobé podle možnosti realizace, jsou také nižší a vyšší dle významu pro P/K. Důležité je, aby byly cíle zvoleny přiměřeně a jednoznačně. Musí být kontrolovatelné, konzistentní a komplexní. Pro motivaci P/K, je vhodné, když se na cílech spolu domluví. P/K má pocit důležitosti a možnosti vlastní volby. VS si v této fázi také volí metody a formu výuky.

V další etapě edukace už nastává samotná realizace plánu. P/K by měl být v této fázi dostatečně motivován k expozici nových poznatků. Cílem této fáze je fixace znalostí a dovedností. VS také průběžně aktualizuje pedagogické diagnózy P/K. V případě, že se jedná o deficit dovedností, P/K cvičí dovednost prakticky. V další fázi již dochází k upevňování a prohlubování učiva. P/K 50% osvojeného učiva obvykle zapomene do druhého dne, proto je důležité učivo opakovat a poskytnout materiály k nastudování. V poslední etapě VS zjišťuje, zdali P/K splnil všechny stanovené cíle a odstranil pedagogické diagnózy. Zpětná vazba je velmi důležitým prvkem edukace. Ověřovací otázky: Chápete, co Vám říkám? Víte, co tím myslím? Rozumíte všemu? Jsou nedílnou součástí jakéhokoliv edukačního rozhovoru s nemocným. Zpětnou vazbou jsou testovány znalosti, dovednosti, ale i dlouhodobé změny postojů. K ukončení edukace je nutné zjistit, zdali se nám povedlo vyplnit veškeré nedostatky ve vědomostech. To můžeme zjistit znalostním testem, kvízem nebo dotazováním. Osvědčuje se i technika, kdy se P/K

²⁷ Informace získány z: Juřeníková, Petra. Základy edukace v ošetrovatelské praxi. Praha – Grada Publishing a.s.. Rok 2010. I. vydání.

snaží vysvětlit to, co sám při edukaci zjistil. Doplnění a naučení chybějících dovedností si ověříme tím, že nám P/K onu dovednost sám předvede a vysvětlí.²⁸

4.4. Motivace P/K

Motivace P/K je základním předpokladem navození úspěšné spolupráce v péči o zdraví. Ochota P/K dozvídat se nové informace a dodržovat mnohdy nepříjemná doporučení zdravotnických pracovníků je závislá na mnoha vnitřních a zevních faktorech, které jsou vysvětleny výše. Chronická onemocnění často potlačují rozvoj dosažených schopností a udržení stálých hodnot. Přináší všem P/K mnohá omezení a doporučení, která omezují svobodu jedince. Chronická onemocnění zpravidla přináší změny v sociální oblasti. P/K odchází do invalidního důchodu, dostává se do izolace od společnosti a stereotypů, na které byl dříve zvyklý. V oblasti psychického zdraví dochází k pocitu ohrožení autonomie, ke ztrátě kontroly nad svým životem. Každý chronicky nemocný P/K potřebuje naději a představu vlastní perspektivy.

K motivaci P/K lze využít mnoho prvků. Nejvýznamnější bývá spolupráce s rodinou. Rodina by měla být informována a seznámena s onemocněním a režimem léčby P/K. Z tohoto důvodu se rodina nemocného stává nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Samotná aktivizace a chuť k péči o zdraví P/K je nejvíce závislá na samotném zájmu. Chronicky nemocný jedinec, by měl cítit svoji potřebnost pro okolí. Proto je nutné jeho i jeho rodinu co nejvíce zapojovat do léčby a monitoringu onemocnění. Na P/K i jeho rodinu tím přenášíme pocit odpovědnosti, to vede k efektivnější spolupráci a aktivitě. Mnoho P/K s CHSS je již v seniorském věku, nebo díky potížím plynoucím z onemocnění nejsou schopni o sebe samostatně pečovat. Péči o ně často přebírá rodina. Proto je důležité i jim poskytnout informace a materiály o tom, jak o P/K s tímto onemocněním správně pečovat.

Dalším důležitým prvkem motivace je naděje. Ačkoliv je CHSS progredující onemocnění s ne příliš příznivou prognózou, nemocný musí být motivován k tomu, že vzhledem k moderním postupům léčby, k systému monitoringu P/K, a k dodržování režimových opatření, může vést nadále plnohodnotný život. P/K si může svým chováním prodloužit období kvalitního života i s tímto onemocněním. Záleží pouze na něm, jak

²⁸ Informace získány z: Juřeníková, Petra. Základy edukace v ošetrovatelské praxi. Praha – Grada Publishing a.s.. Rok 2010. I. vydání.

rychle bude řešit potíže, jež by mohly vést k dekompenzaci a jak poctivě bude dodržovat naše doporučení. Nejen, že tímto přístupem získává P/K svou autonomii a odpovědnost, ale získává i naději.

Dále je nezbytné věnovat se sociální a psychické stránce tohoto onemocnění. CHSS přináší četná omezení. Přesto by si nemocný měl zachovat své dosavadní rituály. Na činnosti, jež nyní obtížně zvládá, je vhodné utvořit stereotypy nutných kroků. Pro každého P/K s chronickým onemocněním přichází mnoho změn v sociální oblasti. Je stěžejní nalezení různých aktivit a zábavy, pro naplnění přebytku volného času. Důležitá je citová blízkost a sounáležitost, která dodává nemocnému sílu k boji s onemocněním.²⁹

Zdravotnický, zejména ošetrovatelský personál může pomoci P/K získat motivaci nejen svým přístupem, ale též klasickými možnostmi multidisciplinární medicíny. Vhodnou a velmi potřebnou alternativou je rehabilitace. V průměru trvá hospitalizace P/K s CHSS deset dní. P/K má obvykle naordinován absolutní klid v lůžku. Po překonání dekompenzace je vhodné začít s rehabilitací. Postupná rehabilitace umožní P/K obnovit své síly přiměřeně ke zdravotnímu stavu. Cílem rehabilitace je dosáhnout maximální možné soběstačnosti. Rehabilitace P/K s CHSS začíná standardně dechovým cvičením, které je možné již ve stádiu dekompenzace. Po překonání největších potíží je P/K postupně vertikalizován a začíná s chůzí. Rehabilitační pracovník mimo jiné dokáže poskytnout P/K podrobné informace o pohybovém režimu, s nímž by měl nemocný po propuštění ze zdravotnického zařízení začít.

Další možností je ergoterapie, ta je vhodná zejména pro P/K v seniorském věku, dále pro P/K se závažným stupněm poškození (NYHA III. a NYHA IV.), a pro P/K umístěné v Léčebnách dlouhodobě nemocných, v Domovech důchodců a v dalších sociálních ústavech. Ergoterapie je pracovní terapie, která pomáhá P/K zvládnout každodenní činnosti. Jakákoliv pracovní terapie, arteterapie, muzikoterapie, aromaterapie, hippoterapie, canisterapie je pro určitou skupinu P/K s chronickým onemocněním nesmírně důležitou, neboť dokáže přinést nemocným nový smysl života.

Balneoterapie neboli lázeňství je zmíněno výše. Lázeňství má pro P/K nesčetné množství výhod. Nejen, že standardní lázeňský pobyt trvá 1 měsíc, kdy je nemocný vyčleněn ze svého každodenního života. Ale P/K zde, s odborným vedením, začíná s rehabilitací a aktivizací podle individuálního plánu. P/K je posilován a motivován

²⁹ Informace získány z: Klevetová, Dana. Dlabalová, Irena. Motivační prvky při práci se seniory. Praha – Grada Publishing a.s.. Rok 2008. I. Vydání.

k činnostem pečujícím o své zdraví. Získává podle vyšetření informace o tom, jak dodržování režimových opatření a přiměřená fyzická aktivita zlepšuje jeho zdravotní stav. Velmi důležité je získávání a vyměňování si informací a zkušeností s ostatními P/K se stejným onemocněním. Nejvýznamnějším prvkem však, podle mého názoru, zůstává to, že je P/K výborně edukován a ví, jak se s CHSS začlenit zpět do každodenního života. (Příloha F)

5. Úvod praktické části

Tuto kapitolu věnuji výzkumné části. Cílem mého výzkumu bylo: Zjistit, zdali má střední zdravotnický personál (můj dotazník se věnuje pouze všeobecným sestřám, dále tedy jen VS) dostatek informací o problematice, dále se v této oblasti školí, edukuje P/K a samostatně kontroluje výsledky a stav P/K s CHSS. Mým dalším cílem bylo zjistit, zda jsou P/K edukováni a mají dostatek informací, dodržují režimová doporučení. Jak vliv doporučení na léčbu sami vnímají. Jestli jsou pravidelně kontrolováni a mají zpětnou vazbu ke svému životnímu stylu. Východiskem k mému výzkumu byly odborné studie prokazující význam režimových opatření na léčbu CHSS, délku a kvalitu života P/K. Předpokládaným problémem muže být nedostatečná edukace a malá ochota spolupráce P/K. Moje práce by měla ukázat skutečný obraz spolupráce, a také schopnosti VS edukovat P/K s CHSS. Pro svůj výzkum jsem stanovila 3 hypotézy:

- 1) VS nemají dostatečné znalosti a informace o onemocnění
- 2) VS nemocné needukují v potřebné míře
- 3) P/K nejsou ochotni striktně dodržovat všechna režimová opatření

Provedla jsem kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. (Příloha G, H) Vzhledem ke spolupráci zaměstnanců Kardiocentra Krajské nemocnice Liberec a.s. nebylo třeba rozdávat dotazníky na jiných odděleních. Tudíž jsem mohla zpracovávat informace pouze od VS, jež bezprostředně s těmito P/K komunikují a od personálu z přidružených pracovišť. Druhou částí výzkumu byl taktéž dotazník podávaný P/K Kardiocentra (viz výše) s diagnózou CHSS. Díky ochotě všech zúčastněných a 100% návratnosti dotazníků jsem vytvořila reprezentativní vzorek 100 VS a 100 P/K. U hodnocení jednotlivých otázek je ne vždy uvedeno grafické nebo tabulkové zobrazení, neboť popis a slovní zhodnocení má v těchto případech větší výpovědní hodnotu. V tabulkách je uvedeno pouze jedno číslo, neboť pracuji pouze s jednou proměnnou, tedy: 100% = 100 respondentů.

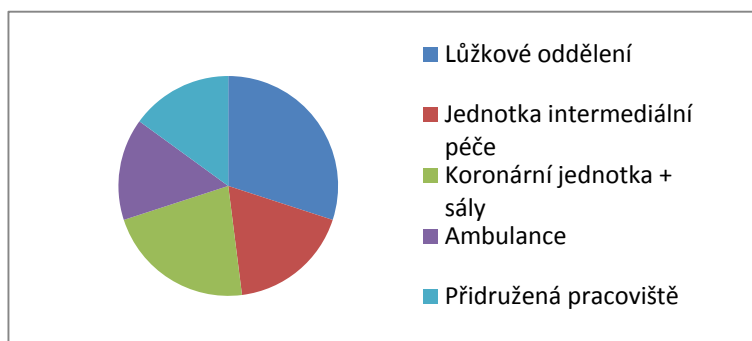
6. Dotazník pro střední zdravotnický personál

6.1. Všeobecná část

Otázky číslo 1 až 5 jsou otázky, které zjišťují reprezentativnost vzorku respondentů. Tyto otázky tedy nevyžadují okomentování.

Otázka č. 1 – Na jakém oddělení pracujete? **Obr. 1, Tab. 1 Obr. 1**

Tab. 1: Na jakém oddělení pracujete?

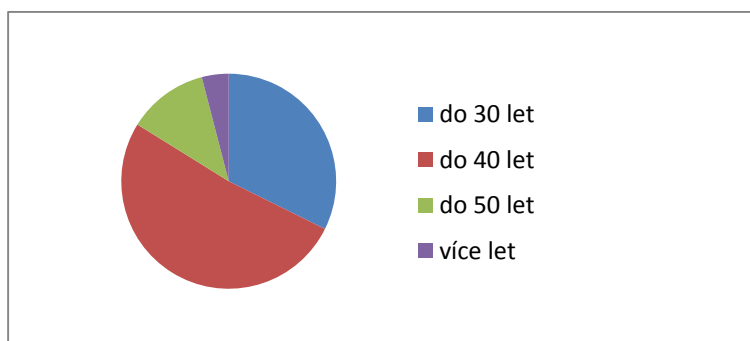


Obr. 1: Na jakém oddělení pracujete?

Lůžkové oddělení	30
Intermediární péče	18
Koronární jednotka + sály	22
Ambulance	15
Přidružená pracoviště	15

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let? **Obr. 2, Tab. 2**

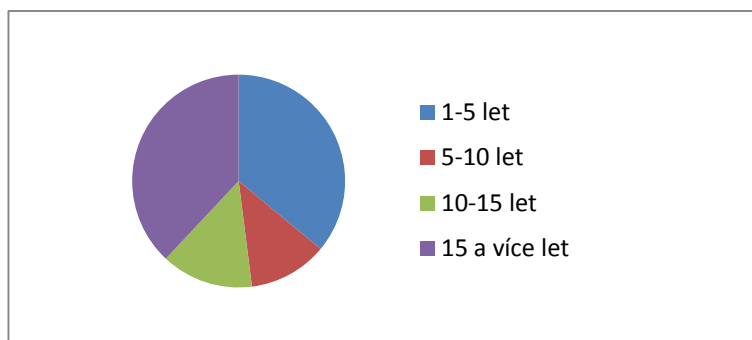
Tab. 2: Kolik Vám je let?



Obr. 2: Kolik Vám je let?

Do 30 let	32
Do 40 let	52
Do 50 let	12
Více let	4

Otázka č. 3 – Jaká je délka Vaší praxe? **Obr. 3, Tab. 3**

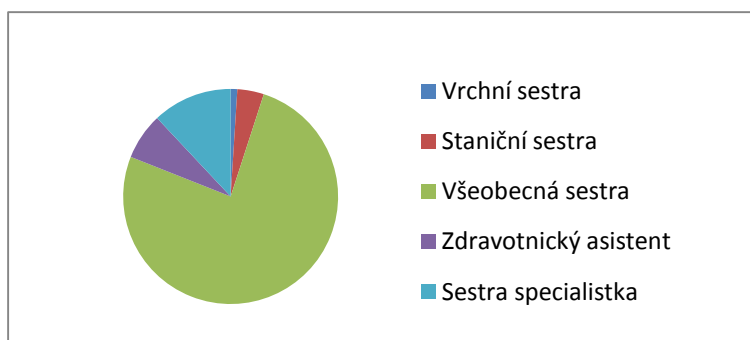


Obr. 3: Jaká je délka Vaší praxe?

Tab. 3: Jaká je délka Vaší praxe?

1-5 let	36
5-10 let	8
10-15 let	12
15 let a více	44

Otázka č. 4 - V jakém pracovním zařazení pracujete? **Obr. 4, Tab. 4**

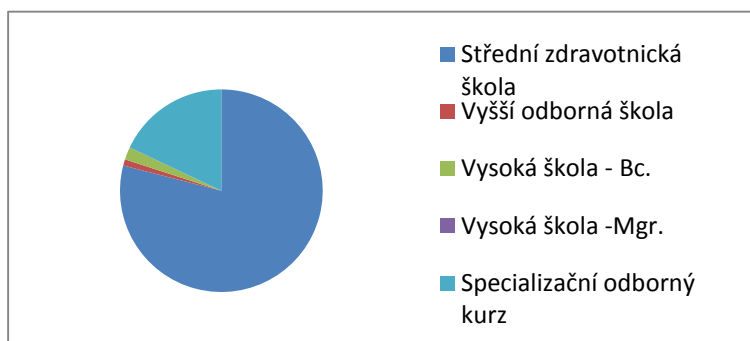


Obr. 4: V jakém pracovním zařazení pracujete?

Tab. 4: V jakém pracovním zařazení pracujete?

Vrchní sestra	1
Staniční sestra	4
Všeobecná sestra	76
Zdravotnický asistent	7
Sestra specialista	2

Otázka č. 5 – Jaké máte vzdělání? **Obr. 5, Tab. 5**



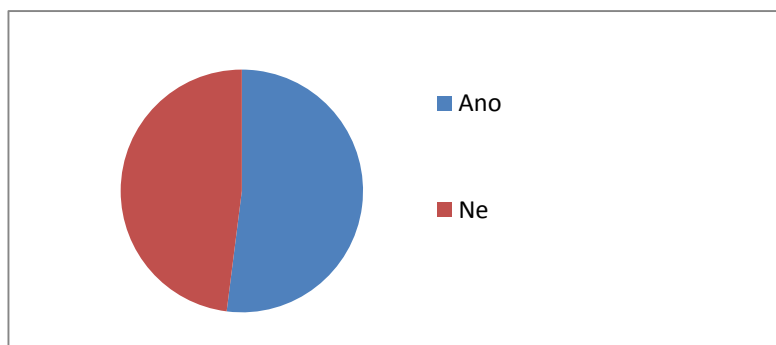
Obr. 5: Jaké máte vzdělání?

Tab. 5: Jaké máte vzdělání?

SZŠ	79
VOŠ	1
VŠ- Bc.	2
VŠ- Mgr.	0
Odb.kurz	18

Otázka č. 6 – Považujete své znalosti o CHSS za dostatečné? **Obr. 6, Tab. 6**

Tab. 6: Považujete své znalosti o CHSS za dostatečné?



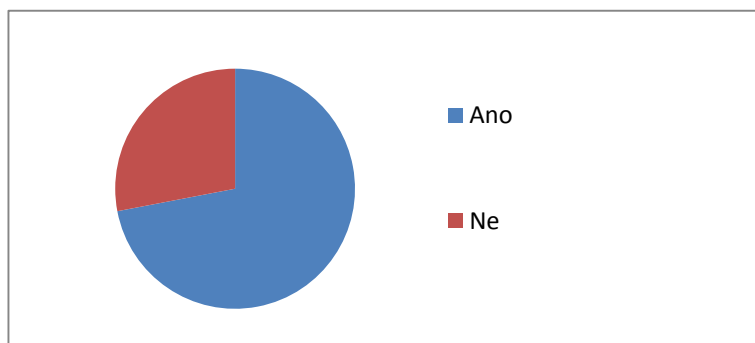
Ano	52
Ne	48

Obr. 6: Považujete své znalosti o CHSS za dostatečné?

V této otázce zjišťujeme, zdali VS považují své znalosti o CHSS za dostatečné. Zde se shledáváme s velmi zajímavým výsledkem, neboť 52% respondentů své znalosti za dostatečné považuje a 48% přiznává nedostatky.

Otázka č. 7 – Navštěvujete v rámci celoživotního vzdělávání kurzy a semináře týkající se CHSS? **Obr. 7, Tab. 7**

Tab. 7: Navštěvujete v rámci vzdělávání kurzy věnující se CHSS?



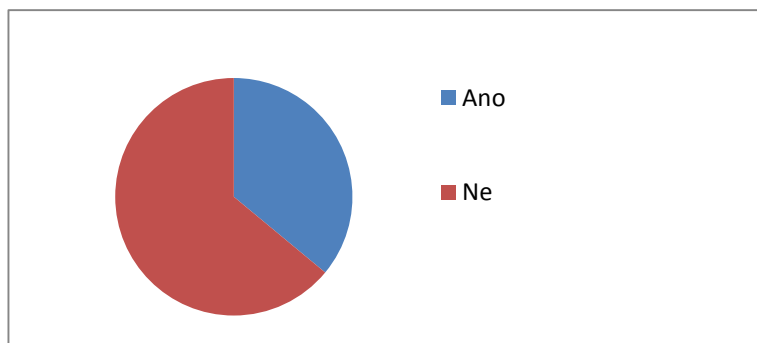
Ano	72
Ne	28

Obr. 7: Navštěvujete v rámci vzdělávání kurzy věnující se CHSS?

Vzdělávací semináře a kurzy o CHSS navštěvuje z celkového počtu významná většina, tedy 72% respondentů.

Otázka č. 8 – Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace? Navštěvujete kurzy a semináře věnující se edukačním technikám? **Obr. 8, Tab. 8**

Tab. 8: Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace?



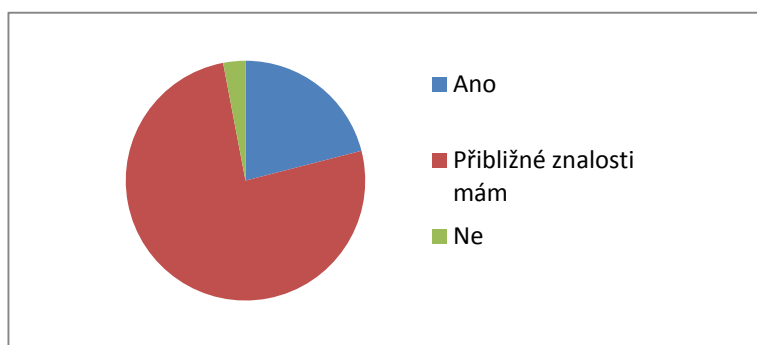
Ano	36
Ne	64

Obr. 8: Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace?

V dalších otázkách se obracíme k edukaci P/K. Z výzkumu vyšlo najevo, že pouze 36% respondentů má dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace a věnuje se edukačním technikám v rámci celoživotního vzdělávání. 64% respondentů nepovažuje svoje znalosti a schopnosti v oblasti edukace za dostatečné. Sedm respondentů připsalo poznámku, že není v nabídce dostatek kurzů a seminářů věnující se edukaci a edukačním technikám.

Otázka č. 9 – Víte jak edukovat P/K s CHSS o režimových opatřeních? **Obr. 9, Tab. 9**

Tab. 9: Víte jak edukovat P/K s CHSS?

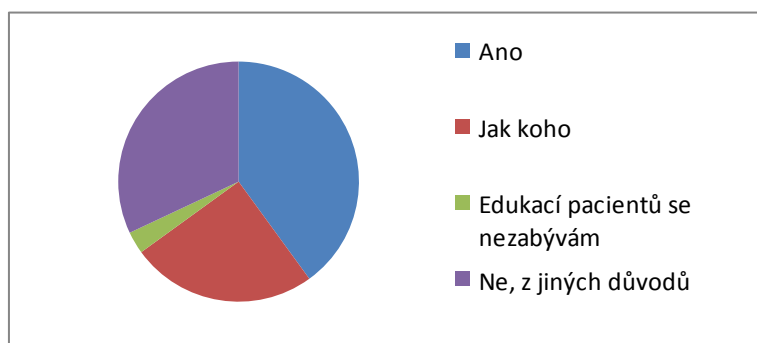


Ano	21
Přibližně ano	76
Ne	3

Obr. 9: Víte jak edukovat P/K s CHSS?

Po shrnutí informací vyplývá, že problémy v oblasti edukace mají především VS do 30 let s méně než pětiletou praxí v oboru. Dá se tedy předpokládat, že se jedná o VS, které si tyto nedostatky s rostoucí praxí doplní.

Otázka č. 10 – Edukujete P/K s CHSS? Obr. 10, Tab. 10



Obr. 10: Edukujete P/K s CHSS?

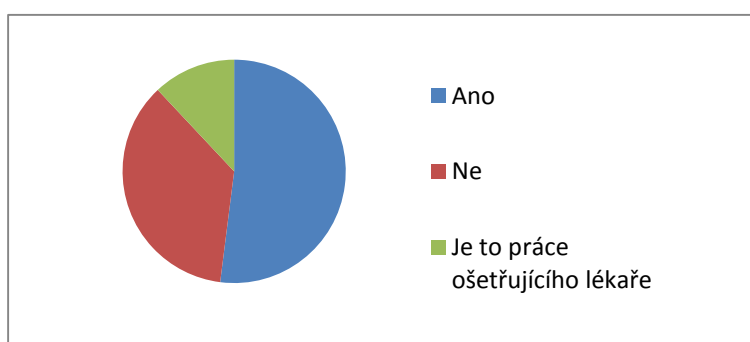
Tab. 10: Edukujete P/K s CHSS?

Ano	40
Jak koho	25
Edukací se nezabývám	3
Ne, z jiných důvodů	32

Mezi jiné důvody proč needukují P/K VS uváděly, že edukaci má na starost sestra specialistka, věnují se edukaci jiné skupině nemocných, že mají nedostatečné kompetence a také mimo jiné uváděly jako důvod nedostatek času, informací z oboru a také to, že nemají edukaci v náplni práce. U respondentů jež odpověděli, že edukují jak koho, jsem se při standardizovaném rozhovoru nikdy přes veškerou snahu nedostala k jinému zjištění, než že to zvažují dle svého subjektivního hodnocení.

Otázka č. 11 – Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?

Obr. 11, Tab. 11



Obr. 11: Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?

Tab. 11: Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?

Ano	52
Ne	36
Je to práce lékaře	12

Výsledek této otázky je šokující. V součtu 48% VS nesleduje vývoj stavu P/K a jeho výsledky.

6.2. Teoreticko-praktická část

Na následující tři otázky odpovídaly VS vlastními slovy. Hodnocení odpovědí je již zařazeno v tabulce v odstavci Komentář.

Otázka č. 12 – Jaká režimová opatření musí dodržovat P/K s CHSS? **Tab. 12**

Tab. 12: Jaká režimová opatření musí dodržovat P/K s CHSS?

Odpovědi VS	Počet odpovědí	Komentář
Omezení soli	68	Správná odpověď
Kontrola příjmu a výdeje tekutin	60	Správná odpověď
Kontroly u lékaře	48	Správná odpověď
Dodržování správné medikace	34	Správná odpověď
Pravidelný pohyb	25	Správná odpověď
Absolutní klid	23	Doporučuje se u akutních dekompenzací a NYHA III.-IV.
Zákaz kouření	22	Správná odpověď
Minimalizace pohybu	21	Doporučuje se u akutních dekompenzací a NYHA III.-IV.
Snížit hmotnost	17	Správná odpověď
Snížení příjmu tuků	13	Správná odpověď
Minimalizace stresu	9	Správná odpověď
Zákaz alkoholu	8	Správná odpověď
Monitoring krevního tlaku	6	Správná odpověď
EBDK	2	Špatná odpověď, EBDK jsou spíše prevencí tromb-embolických komplikací
Dodržování léčebného režimu	1	Všeobecná odpověď

Otázka č. 13 – Co na sobě musí P/K s CHSS sledovat, resp. kontrolovat? **Tab. 13**

Tab. 13: Co na sobě musí P/K s CHSS sledovat, resp. kontrolovat?

Odpovědi VS	Počet odpovědí	Komentář
Otoky	96	Správná odpověď
Dušnost	88	Správná odpověď
Krevní tlak	25	Správná odpověď, hypertenze je zhoršující faktor CHSS
Močení	21	Správná odpověď
Hmotnost	17	Správná odpověď
Nykturie	7	Správná odpověď
Palpitace	6	Správná odpověď
Slabost	5	Správná odpověď, jde spíše o sníženou toleranci zátěže
Únava	3	Správná odpověď, jedná se o únavu se sníženou tolerancí zátěže
Bolesti	3	Všeobecná odpověď
Závrať	2	Špatná odpověď
Pocení	2	Správná odpověď
Kolaps	2	Špatná odpověď
Nauzea	2	Správná odpověď
Zchvácenost	1	Správná odpověď
Hydratace	1	Nepřesná odpověď

Otázka č. 14 – Kdy má P/K s CHSS navštívit lékaře? **Tab. 14**

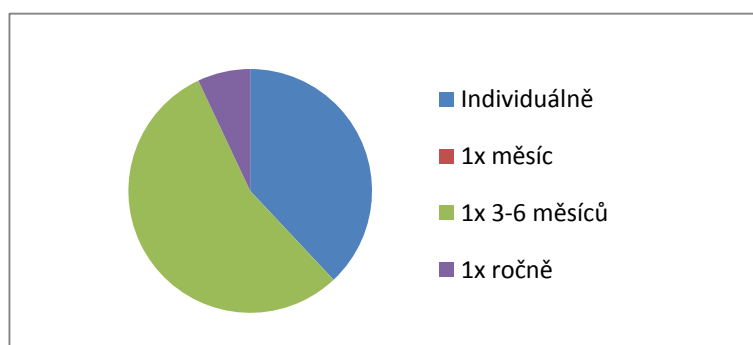
Tab. 14: Kdy má P/K s CHSS navštívit lékaře?

Odpovědi VS	Počet odpovědí	Komentář
Otoky	83	Správná odpověď
Dušnost	79	Správná odpověď
Celkové zhoršení stavu	36	Správná odpověď

Hypertenze	14	Správná odpověď, hypertenze je zhoršující faktor CHSS
Nevyrovnaná bilance tekutin	9	Správná odpověď
Pouze pravidelné kontroly	7	Špatná odpověď
Nespavost	5	Špatná odpověď
Palpitace	3	Správná odpověď
Bolest na hrudi	2	Správná odpověď, avšak ne každá bolest na hrudi souvisí s CHSS
Únava	2	Správná odpověď
Zvýšení hmotnosti	2	Správná odpověď

Otázka č. 15 – Jak často má chodit kompenzovaný P/K s CHSS na pravidelné kontroly? **Obr. 12, Tab. 15**

Tab. 15: Jak často má chodit P/K na kontroly?



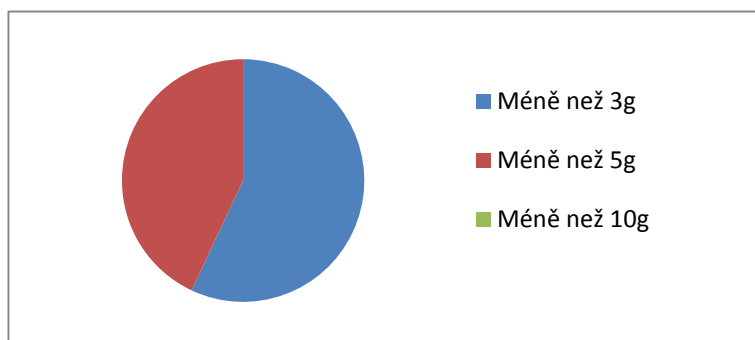
Individuálně	38
1x měsíc	0
1x3-6 měsíců	55
1x ročně	7

Obr. 12: Jak často má chodit P/K na kontroly?

Správná odpověď je 1x za 3-6 měsíců, ovšem samozřejmě, je to individuální a závisí na závažnosti onemocnění. Pouze sedm respondentů tedy odpovědělo špatně.

Otázka č. 16 – Kolik gramů soli denně smí požit P/K s CHSS? **Obr. 13, Tab. 16**

Tab. 16: Kolik g soli denně smí požit P/K s CHSS?



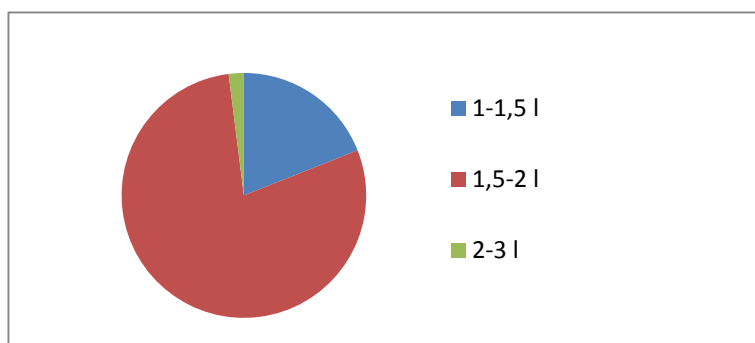
Méně než 3g	57
Méně než 5g	43
Méně než 10g	0

Obr. 13: Kolik g soli denně smí požit P/K s CHSS?

Vzhledem k tomu, že se otázka ptá na P/K v kompenzovaném stavu je správná odpověď je méně než 5g, to odpovídělo 43% VS. 57% VS si myslí, že P/K s CHSS nesmí přijmout více než 3g soli denně, k takové restrikci dochází při závažné dekompenzaci.

Otázka č. 17 – Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin? **Obr. 14, Tab. 17**

Tab. 17: Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin?



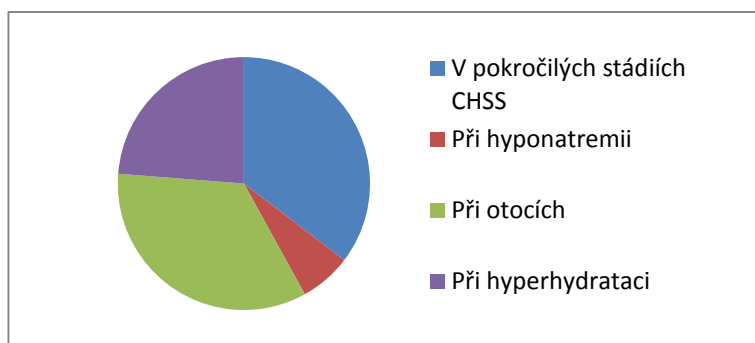
1-1,5 litru	19
1,5-2 litry	79
2-3 litry	2

Obr. 14: Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin?

Kompenzovaný P/K by měl denně přijmout 1,5-2 litry tekutin, což ví 79% respondentů. K významnější restrikci tekutin dochází při dekompenzaci.

Otázka č. 18 – Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin? Obr. 15, Tab. 18

Tab. 18: Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin?



Obr. 15: Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin?

Pokročilé stádium CHSS	64
Při hypo-natremii	12
Při otocích	62
Při hyper-hydrataci	43

Správně jsou všechny odpovědi. 64% VS si myslí, že příčinou restrikce tekutin je pokročilé stádium CHSS, 12% VS, že je to hyponatremie. 62% respondentů si myslí, že je restrikce nutná při přítomnosti otoků a 43% při hyperhydrataci.

Otázka č. 19 – Jaké známky CHSS doporučí P/K sledovat? Tab. 19

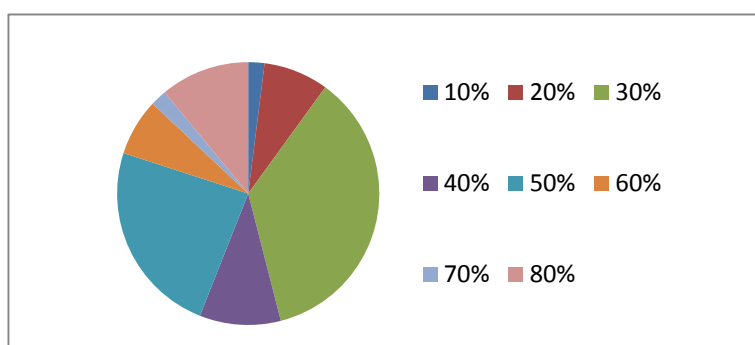
Tab. 19: Jaké známky CHSS doporučí P/K sledovat?

Nabízené odpovědi	Počet odpovědí	Komentář
Otoky	92	Správná odpověď
Dušnost	88	Správná odpověď
Bolesti na hrudi	42	Nejsou pro CHSS typické
Hypertenze	41	Je samostatné onemocnění zhoršující CHSS
Zchvácenost	37	Správná odpověď
Palpitace	28	Správná odpověď
Nykturie	25	Správná odpověď
Závratě	21	Špatná odpověď
Pocení	18	Správná odpověď
Nauzea	16	Správná odpověď
Zvracení	12	Správná odpověď

Nespavost	9	Špatná odpověď
Bolesti hlavy	9	Špatná odpověď
Bolesti kloubů	3	Špatná odpověď
Teploty	0	Špatná odpověď

Hodnocení je již zařazeno v tabulce v odstavci Komentář.

Otázka č. 20 – Vyjádřete v %, jaký mají vliv režimová opatření na léčbu a prognózu CHSS? **Obr. 16, Tab. 20**



Obr. 16: vliv režimu v %

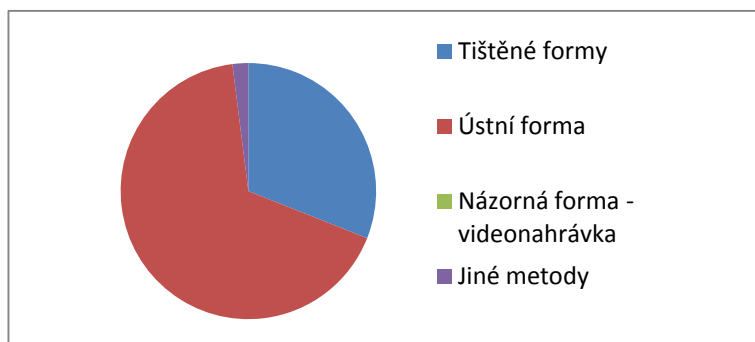
Tab. 20: vliv režimu v %

10%	2
20%	8
30%	36
40%	10
50%	24
60%	7
70%	2
80%	11

Vliv režimových opatření se v % samozřejmě nedá vyjádřit.

Existují studie, které sledují samostatný vliv jednotlivých doporučení. V této otázce šlo spíše o to, aby se VS zamyslely jakou část léčby a prognózy ovlivňuje dodržování režimových opatření.

Otázka č. 21 – Jaké využíváte metody edukace? **Obr. 17, Tab. 21**



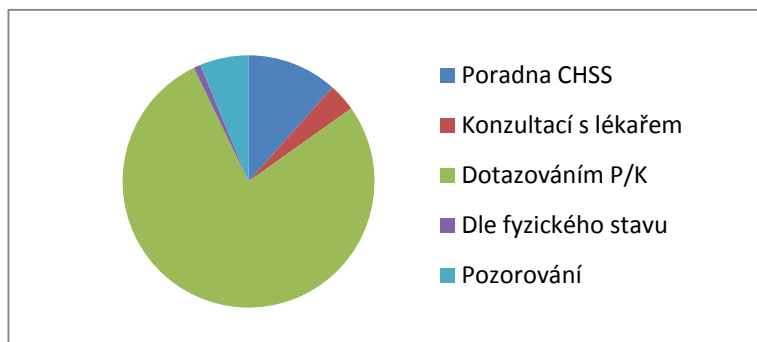
Obr. 17: Jaké využíváte metody edukace?

Tab. 21: Jaké využíváte metody edukace?

Tištěné formy	31
Ústní forma	67
Názorná forma	0
Jiné metody	2

31% VS edukuje P/K pomocí tištěné formy, 67% formou ústní. Jiné metody využívají 2% VS, názorná forma je mezi respondenty nevyužívaná.

Otázka č. 22 – Jak provádíte zpětnou vazbu, zda P/K edukaci pochopil a bude se radami řídit? **Obr. 18, Tab. 22**



Obr. 18: Jak provádíte zpětnou vazbu?

Tab. 22: Jak provádíte zpětnou vazbu?

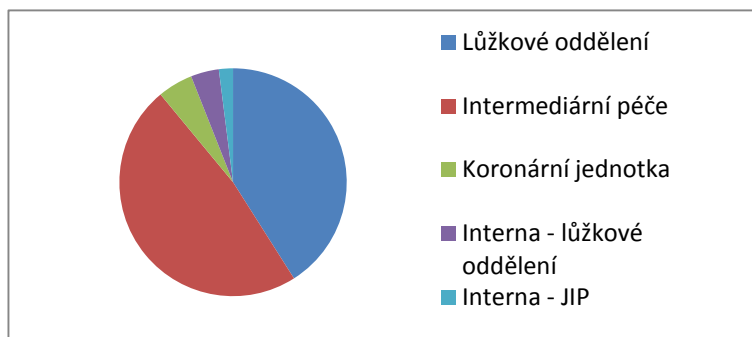
Poradnou pro CHSS	13
Konzultací s lékařem	4
Dotazováním P/K	87
Dle fyzického stavu	1
Pozorováním	7

Na tuto otázku odpovídaly VS svými slovy, vyskytovalo se však pouze těchto 5 odpovědí.

7. Dotazník pro pacienty/klienty

Otázka č. 1 – Na jakém oddělení jste hospitalizován/hospitalizována? **Obr. 19, Tab. 23**

Tab. 23: Na jakém oddělení jste hospitalizován?



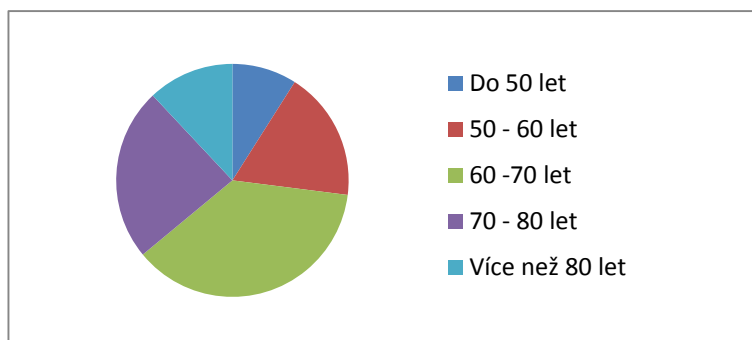
Obr. 19: Na jakém oddělení jste hospitalizován?

Lůžkové odd.	41
Intermediární péče	48
Koronární jednotka	5
Interna lůžka	4
Interna - JIP	2

41% P/K s CHSS bylo hospitalizováno na kardiologické lůžkové části, 48% P/K na Jednotce intermediární péče, 5% P/K na Koronární jednotce. 4% P/K na interních odděleních a 2% P/K na interním JIP.

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let? **Obr. 20, Tab. 24**

Tab. 24: Kolik Vám je let?

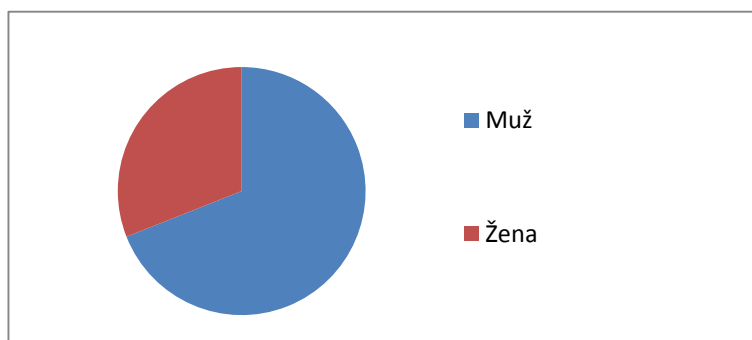


Obr. 20: Kolik Vám je let?

Do 50 let	9
50-60 let	18
60-70 let	37
70-80 let	24
Více než 80 let	12

V této otázce hodnotíme věk respondentů. Výsledek není třeba více komentovat.

Otázka č. 3 – Jste muž nebo žena? **Obr. 21, Tab. 25**



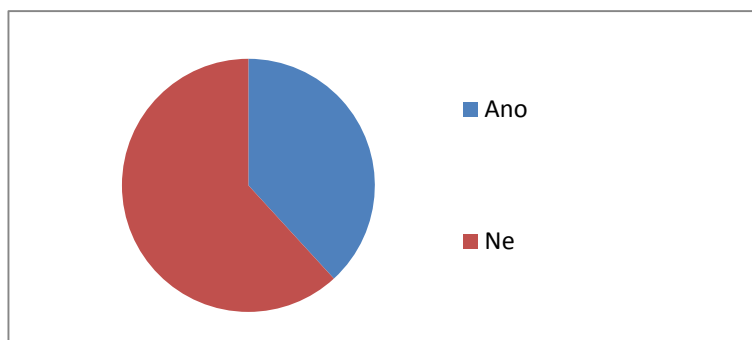
Tab. 25: Jste muž nebo žena?

Muž	69
Žena	31

Obr. 21: Jste muž nebo žena?

V této otázce hodnotíme pohlaví respondentů. Výsledek není třeba více komentovat.

Otázka č. 4 – Máte dostatek informací o své diagnóze CHSS? **Obr. 22, Tab. 26**



Tab. 26: Máte dostatek informací o své diagnóze CHSS?

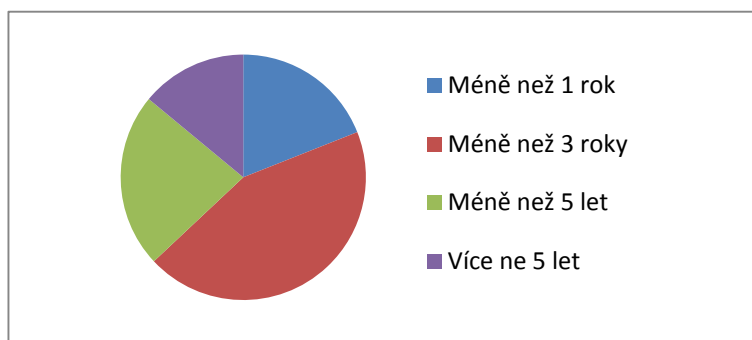
Ano	42
Ne	68

Obr. 22: Máte dostatek informací o své diagnóze CHSS?

68% pacientů přiznává nedostatek informací o CHSS.

Otázka č. 5 – Jak dlouho touto chorobou trpíte? **Obr. 23, Tab. 27**

Tab. 27: Jak dlouho touto chorobou trpíte?



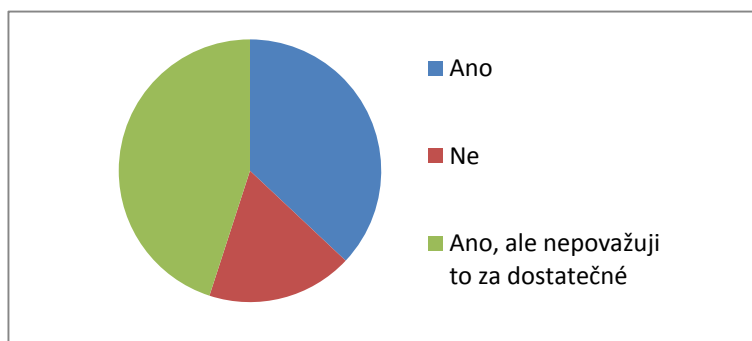
Méně než 1 rok	19
Méně než 3 roky	44
Méně než 5 let	23
Více než 5 let	14

Obr. 23: Jak dlouho touto chorobou trpíte?

19% respondentů trpí CHSS méně než 1 rok, 44% P/K méně než 3 roky a 23% P/K méně než 5 let. Pouze 14% respondentů trpí CHSS více než 5 let.

Otázka č. 6 – Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních, která byste měli dodržovat? **Obr. 24, Tab. 28**

Tab. 28: Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních?



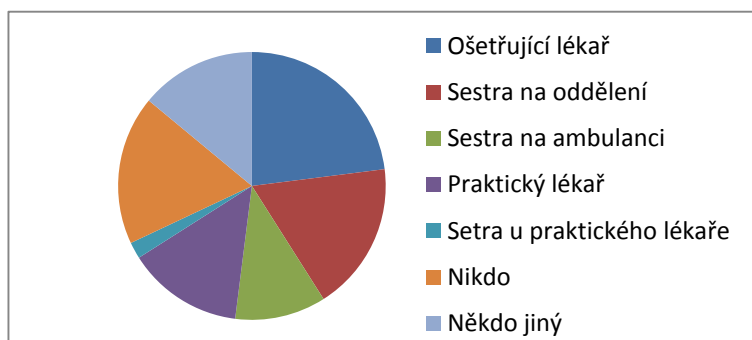
Ano	37
Ne	18
Ano, ale nepovažuji to za dostatečné	45

Obr. 24: Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních?

37% respondentů bylo řádně edukováno, 18% respondentů nikdo needukoval a 45% respondentů nebylo edukováno v dostatečné míře.

Otázka č. 7 – Kdo Vám tyto informace podával? **Obr. 25, Tab. 29**

Tab. 29: Kdo Vám tyto informace podával?



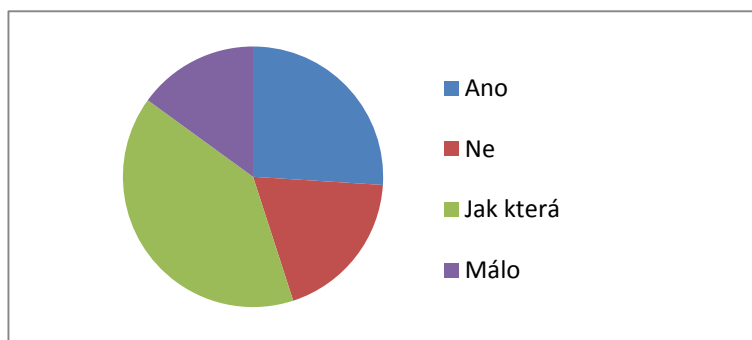
Obr. 25: Kdo Vám tyto informace podával?

Ošetřující lékař	23
Sestra na oddělení	18
Sestra na ambulanci	11
Praktický lékař	14
Sestra praktického lékaře	2
Nikdo	18
Někdo jiný	14

Zde popsané informace není třeba více komentovat. V odpovědi na jiné zdroje informací respondenti uváděli internet, knihy a informace od příbuzných.

Otázka č. 8 – Dodržujete tato doporučení? **Obr. 26, Tab. 30**

Tab. 30: Dodržujete tato doporučení?



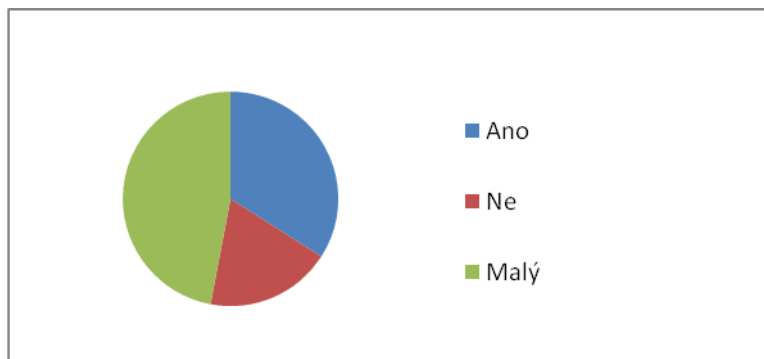
Obr. 26: Dodržujete tato doporučení?

Ano	26
Ne	19
Jak která	40
Málo	15

Zatímco 26% respondentů dodržuje doporučení důsledně. 19% P/K nedodržuje doporučení vůbec, 15% P/K je dodržuje jen málo a 40% respondentů dodržuje doporučení jak která.

Otázka č. 9 – Máte dojem, že má Váš životní styl vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?

Obr. 27, Tab. 31



Tab. 31: Máte dojem, že má Váš životní styl vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?

Ano	34
Ne	19
Malý	47

Obr. 27: Máte dojem, že má Váš životní styl vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?

34% respondentů vnímá vliv režimových opatření na léčbu a zdravotní stav. 19% respondentů si myslí, že žádný vliv režimová opatření nemají. 47% respondentů si myslí, že tento vliv je malý.

Otázka č. 10 – Jak byste tento vliv popsal/popsala? **Tab. 32**

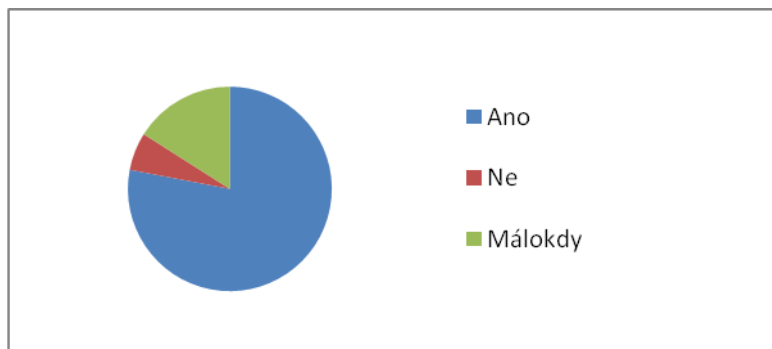
Tab. 32: Jak byste tento vliv popsal/popsala?

Cítím se lépe	49
Žiju kvalitněji, mohu dělat to, co jsem dříve již nemohl	41
Myslím, že si tím jak žiji, prodlužuji délku života	28
Udržuji se v kondici	38
Jsem správně monitorován/kontrolován, mám zdravotní stav pod kontrolou	16
Režimová opatření nedodržuji, nepocítuji zhoršování	17
Režimová opatření nedodržuji, pocítuji zhoršování	2

Tato otázka nevyžaduje další komentář.

Otázka č. 11 – Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění CHSS?

Obr. 28, Tab. 33



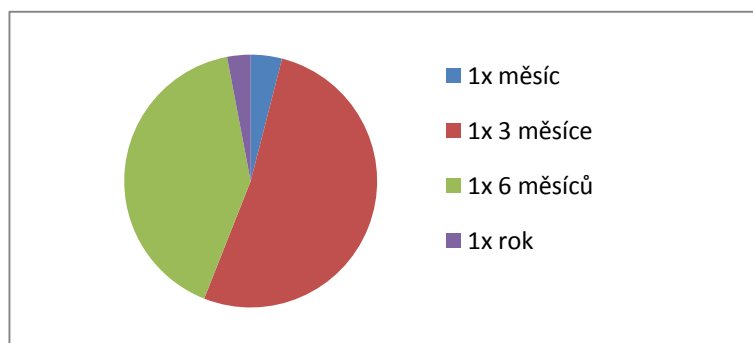
Tab. 33: Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění CHSS?

Ano	78
Ne	6
Málokdy	16

Obr. 28: Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění CHSS?

Na kontroly pravidelně dochází 78% respondentů. 16% respondentů dochází pouze málokdy. A 6% respondentů na kontroly nechodí vůbec.

Otázka č. 12 – Jak často navštěvujete lékaře? Obr. 29, Tab. 34



Tab. 34: Jak často navštěvujete lékaře?

1x měsíc	4
1x 3 měsíce	52
1x 6 měsíců	41
1x rok	3

Obr. 29: Jak často navštěvujete lékaře?

Na kontroly chodí 4% respondentů 1x za měsíc, 52% respondentů 1x za 3 měsíce, 41% respondentů 1x za 6 měsíců a 3% respondentů 1x za rok.

Otázka č. 13 – Kouříte? **Tab. 35**

Tab. 35: Kouříte?

Ne - nekouřím	65		
Ano kouřím	35	1-5 cigaret/den	14
		5-10 cigaret/den	8
		10-20 cigaret/den	9
		více	4

Otázky č. 13 – 16 nevyžadují slovní komentář.

Otázka č. 14 – Pijete alkohol? **Tab. 36**

Tab. 36: Pijete alkohol?

Ne – nepiji alkohol	3		
Ano – piji alkohol	97	Každý den	39
		1-3x týdně	25
		Více než 3x týdně	27
		Příležitostně	6
		Pivo	64
		Víno	29
		Jiný alkohol	4

Otázka č. 15 – Cvičíte, udržujete pohybem svojí kondici? Jaké pohybové aktivitě se věnujete? **Tab. 37**

Tab. 37: Cvičíte, udržujete pohybem svojí kondici? Jaké pohybové aktivitě se věnujete?

Ne - nemám pravidelný pohyb	67		
Ano - mám pravidelný pohyb	33	Cvičení	5
		Cyklistika	7
		Chůze	33
		Práce a činnosti kolem domu	18
		Jiné	9

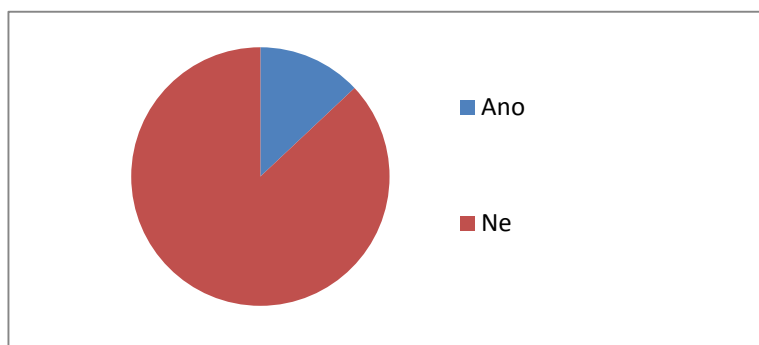
Otázka č. 16: Dodržujete nějakou dietu? **Tab. 38**

Tab. 38: Dodržujete nějakou dietu?

Ne – nedodržuji žádnou dietu	73		
Ano – dodržuji dietu	27		
Vyhýbám se...		Tuku	51
		Soli	54
		Cukru	27

Otázka č. 17: Dosolujete si potravu? **Obr. 30, Tab. 39**

Tab. 39: Dosolujete si potravu?



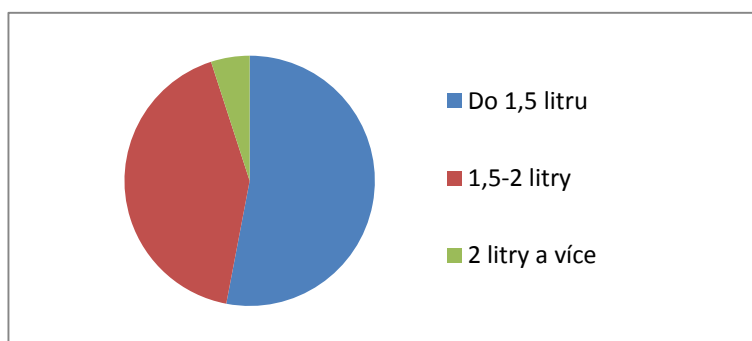
Ano	13
Ne	87

Obr. 30: Dosolujete si potravu?

87% respondentů si potravu nedosoluje, 13% respondentů však ano.

Otázka č. 18 – Kolik za den vypijete tekutin? **Obr. 31, Tab. 40**

Tab. 40: Kolik za den vypijete tekutin?



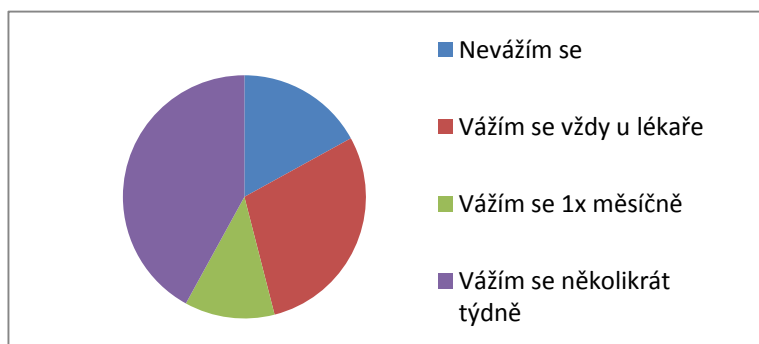
Do 1,5 litru	53
1,5-2 litry	42
2 litry a více	5

Obr. 31: Kolik za den vypijete tekutin?

Správně by měl P/K s CHSS přijmout denně 1,5-2 litry tekutin, což dělá 42% respondentů. Méně než 1,5 litru tekutin vypije 53% respondentů a více než 2 litry 5% respondentů.

Otázka č. 19 – Monitorujete svoji hmotnost? Jak často se vážíte? **Obr. 32, Tab. 41**

Tab. 41: Monitorujete svoji hmotnost?



Nevážím se	17
Vážím se vždy u lékaře	29
Vážím se 1x měsíčně	12
Vážím se několikrát týdně	42

Obr. 32: Monitorujete svoji hmotnost?

17% respondentů se neváží. 29% respondentů se váží pouze u lékaře. 12% respondentů se váží 1x měsíčně a 42% respondentů několikrát týdně. Ideální varianta je vážit se každý den.

Otázka č. 20 – Jaké příznaky onemocnění máte u sebe sledovat? **Tab. 42**

Tab. 42: Jaké příznaky onemocnění máte u sebe sledovat?

Dušnost	70
Otoky	89
Krevní tlak	12
Váhu	6
Močení	17
Bolesti	2

Všechny odpovědi P/K jsou správné. Pouze co se týká bolesti, je odpověď sporná.

8. Analýza dotazníkového šetření

V úvodu analýzy považuji za nutné zmínit reprezentativnost vzorku. V dotazníkovém šetření jsou hodnoceny pouze VS, které úzce spolupracují s P/K s diagnózou CHSS. VS jsou rozdílného věku, vzdělání a délky praxe. Vzorek respondentů ze strany P/K taktéž nabízí rozdílnost pohlaví, věku a délky onemocnění. Obě skupiny respondentů jsou přímo spjaty s Krajskou nemocnicí Liberec, a.s., které tímto děkuji za obětavou spolupráci.

Nejdříve přistupme k hodnocení výzkumného šetření znalostí a schopností VS. Hned v úvodu se setkáváme s neuspokojivými výsledky. Celých 48% VS vykazuje deficit znalostí o CHSS. Nedostatky v oblasti edukace už přiznává celých 64% respondentů, 3% VS nevědí, jak P/K s CHSS edukovat a celých 76% přiznává, že to ví pouze přibližně. P/K s CHSS edukuje pouze 40% VS, 25% respondentů edukuje jak koho, 35% needukuje P/K s CHSS vůbec a 3% z nich uvádějí, že se edukací P/K nezabývají. Při celkovém zhodnocení vychází najevo, že VS, které mají nedostatky v oblasti edukace, jsou obvykle ve věku do 30 let a mají méně než 5 let praxe. Výsledky P/K samostatně kontroluje pouze 52% respondentů, ale 48% výsledky nekontroluje. Tyto získané informace jsou alarmující.

Praktická část dotazníkového šetření přináší výsledky alespoň částečně pozitivnější. V průměru 42% VS dokáže správně vyjmenovat nejdůležitější režimová opatření vhodná pro P/K s CHSS. Na části dotazníků, průměrně u 22%, je zřejmé, že VS zohledňují především akutní stav, neboť doporučují opatření vhodná u akutní dekompenzace nebo u NYHA IV. Zřetelné je též to, že 22% doporučuje absolutní klid a minimalizaci pohybu, a navzdory tomu 25% VS ví, že pravidelný pohyb je pro P/K s CHSS vhodný. Mezi 3 nejčastější příznaky u CHSS, které jsem očekávala, že VS vyjmenují, patří otoky, na které si vzpomnělo 96% respondentů. Dušnost, kterou napsalo 88% VS. Posledním příznakem je snížená tolerance zátěže spojená s únavou a nevykonností, to VS opomněly, vzpomnělo si pouze 8% respondentů. Přibližně 50% respondentů správně odpovědělo i na otázku, kdy má P/K vyhledat lékaře. Jak často má chodit na kontroly vědělo 55% VS, pravdu však mají i ti, co napsali, že je to individuální, tedy 38% respondentů. Pouze 43% respondentů vědělo, kolik smí P/K s CHSS požit denně soli. Doporučený denní příjem tekutin vědělo 79% dotázaných. Otázka týkající se názorů sester na vliv režimových opatření na zdravotní stav přinesla různorodé odpovědi. V komplexním zhodnocení výsledků se prokázalo, že VS, které mají dojem, že je tento vliv zásadní, edukují P/K více a mají i více znalostí o CHSS. Naopak VS, které považují vliv režimových opatření za

menší P/K edukují méně a jejich znalosti nejsou na tak dobré úrovni. Plných 67% VS edukuje P/K ústní formou, tištěné formy využívá jen 31%. Zpětnou vazbu v 87% prokazují VS dotazováním P/K, další nejčastější odpovědí, bylo pomoci poradny pro CHSS.

Nyní si ověříme informace od P/K. První zarážející informace je to, že 68% respondentů nemá podle svého hodnocení dostatek informací o CHSS. O režimových opatřeních bylo informováno pouze 37% respondentů. Dalších 45% edukováno bylo, ale nepovažují sdělené informace za dostatečné a 18% respondentů nebylo edukováno vůbec. Lékař informoval P/K o režimových opatřeních ve 37%, VS však pouze ve 31%. Přičemž edukace o režimových opatřeních by měla být doménou VS. Celých 18% P/K needukoval nikdo a 14% někdo jiný, tj. že si P/K sháněl informace sám, z internetu, z knih, od známých. Naše doporučení důsledně dodržuje pouze 26% respondentů. Dalších 40% P/K dodržuje pouze některá doporučení, a to podle svého uvážení. Celkem 15% P/K jich dodržuje málo a 19% je nedodržuje vůbec. Vliv režimových opatření na svůj stav pocítuje 34% respondentů. Dalších 47% respondentů tento vliv vnímá velmi málo.

V komplexním hodnocení vychází najevo, že se jedná zejména o ty P/K, kteří nedodržují veškerá naše doporučení. Pouze 19% respondentů nepopisuje pozitivní vliv režimových opatření. Jedná se o ty P/K, co nezískali dostatek informací a o ty P/K, co režimová opatření nedodržují. Lékaře správně navštěvuje až 97% P/K. Kouří 35% respondentů, přestože je u CHSS kouření je striktně zakázáno. Alkohol pije 97% respondentů, přičemž i požívání alkoholu se nedoporučuje. Alkohol je povolen pouze ve výše zmíněné míře a pouze u kompenzovaných stavů onemocnění. Z celkového hodnocení však vyplývá, že v 89% P/K přijímají alkohol v rámci hladiny tolerance. Pravidelnou pohybovou aktivitu má pouze 33% respondentů, nejčastější je chůze, kterou uvádí všech 33%. Další nejčastější aktivitou jsou práce a činnosti kolem domu a bytu. Ty však nebývají vzhledem k charakteru činností příliš vhodné. Pouze 54% respondentů se vyhýbá v jídelníčku soli. Potravu si však dosoluje pouhých 13% P/K. Celých 53% respondentů za den přijme méně než 1,5 litru tekutin, což bývá pro kompenzované P/K málo. Správné množství tekutin přijímá 42% P/K. Ideální je, když se P/K s CHSS váží každý den, minimálně však alespoň několikrát týdně. To dodržuje 42% respondentů a dalších 58% monitoruje svoji hmotnost nevhodně. Plných 87% P/K ví, že má u sebe sledovat přítomnost otoků a 70% sleduje i dušnost. Na sníženou toleranci zátěže si nevzpomněl nikdo z P/K.

9. Diskuze, vyjádření k hypotézám

Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila hypotézy spíše negativní, což, jak jsem již zmínila výše, vychází nejen z mého osobního přesvědčení, že problematika CHSS není v našem zdravotním systému komplexně řešená, ale i z odborné literatury.

- Hypotéza číslo 1: Všeobecné sestry nemají dostatečné znalosti a informace o onemocnění CHSS

Ačkoliv 48% VS přiznává nedostatek znalostí o CHSS, výsledek znalostního testu je lepší. Plných 42% VS umí vyjmenovat nejdůležitější režimová opatření. VS v nadpoloviční většině dokáží vyjmenovat, co by měl P/K s CHSS u sebe sledovat. Jak často má P/K navštěvovat lékaře ví v součtu 93% VS. Správný denní příjem tekutin zná 79% dotázaných a správný denní příjem soli 43%. Ve shrnutí všech získaných informací se pohybuje úroveň znalostí VS okolo 70%. Jejich znalosti tedy nejsou dokonalé, avšak v celkovém hodnocení, by VS získaly známku dobře. Tímto tedy nepotvrzují svou první hypotézu. Otázkou zůstává, jestli jsou VS i s jistými nedostatky schopny edukovat P/K.

- Hypotéza číslo 2: Všeobecné sestry pacienty/klienty needukují v potřebné míře

Jak jsem již uvedla výše, 3% VS nevědí, jak edukovat P/K s CHSS a 76% přiznává, že to ví pouze přibližně. P/K s CHSS edukuje pouze 40% VS, 25% respondentů edukuje jen některé, 35% needukuje P/K s CHSS vůbec a 3% z nich uvádějí, že se edukací P/K nezabývají. Z informací od P/K zjišťujeme, že 68% P/K nemá dostatek informací o CHSS. Plných 45% P/K edukováno bylo, ale nepovažují sdělené informace za dostatečné a 18% respondentů nebylo edukováno vůbec. VS edukovaly P/K pouze ve 31%. Tímto potvrzují svou druhou hypotézu. VS needukují P/K s potřebné míře.

- Hypotéza číslo 3: Pacienti/Klienti nejsou ochotni striktně dodržovat všechna režimová opatření

Naše doporučení důsledně dodržuje 26% respondentů. Dalších 40% P/K dodržuje jen některá doporučení, 15% jich dodržuje málo a 19% je nedodržuje vůbec. Vliv režimových opatření na svůj stav pociťuje 34% respondentů a 47% respondentů tento vliv vnímá velmi málo. Jak bylo řečeno výše, pouze 19% respondentů nepopisuje pozitivní vliv režimových opatření. Jedná se o ty P/K, co nezískali dostatek informací a o ty P/K, co nedodržují režimová opatření. Kouří 35% respondentů. Alkohol nad doporučené množství požívá 8% P/K. Pravidelný pohyb má pouze 33% P/K. Potravu si dosoluje 13% respondentů. Nevhodné množství tekutin vypije 58% P/K. 58% respondentů nevhodně monitoruje svou hmotnost. 34% P/K zásadně porušuje naše

doporučení a dalších cca 40% P/K dodržuje jen některá doporučení. Proto potvrzují svou třetí hypotézu. P/K nejsou ochotni dodržovat naše doporučení, což může souviset s nedostatečnou edukací.

10. Doporučení pro praxi

Cílem poslední části práce je podat doporučení pro praxi, jež by mělo omezit výskyt dekompenzací CHSS. Jak bylo výše zmíněno CHSS je progredující syndrom, kdy každá dekompenzace onemocnění vede ke zhoršení celkového stavu i prognózy. Je nutné si uvědomit, že z pozice VS a středního zdravotnického personálu, je nejdůležitější podat dostatek kvalitních informací. Poučený P/K musí vědět, jaké parametry má sledovat, kdy navštívit lékaře a jaká doporučení dodržovat. Výzkumná část práce bohužel prokazuje, že znalosti VS o CHSS jsou neúplné a že významná část našich P/K není vhodně poučena. P/K jsou nuceni shánět informace z různých dalších zdrojů.

Řešením by mohly být vzdělávací semináře. V rámci využitelnosti informací, by měly být určeny především pro zaměstnance Kardiocenter. Doporučuji i přítomnost lékařského personálu, neboť je vhodná spolupráce celého týmu. VS by zde měly mimo jiné získat detailní informace o tomto onemocnění, ale především by měly nabýt jistotu v tom, jaké informace P/K poskytovat. Oblíbenost vzdělávacích seminářů je velmi malá. Proto je vhodné VS motivovat v rámci motivačního programu jednotlivých zdravotnických zařízení. Ideální variantou je finanční odměna za roční plnění účasti na vzdělávacích seminářích. Pro podporu schopností VS, je výhodné poskytnout tištěný materiál se základními informacemi, jež mají P/K poskytovat. Též je přínosné vyvěsit tento materiál na nástěnky na oddělení, aby si VS mohly kdykoliv přijít pro radu.

Dalším problémem zůstává samotné poskytování informací. Jsem si vědoma pracovní vytíženosti VS. Proto vím, že edukace VS velmi významně časově omezuje. Dalším faktorem neefektivní edukace P/K je nedostatečná znalost edukačních a motivačních technik. Edukace a motivace P/K se stává základním pracovním výkonem, VS jsou k němu však velmi málo motivovány. Deficitní znalosti VS lze doplnit obdobně, jako znalosti o CHSS. Pravdou bohužel zůstává to, že Česká asociace sester nenabízí mnoho seminářů a konferencí, věnujících se oblasti edukace. Dle potřeb oddělení je vhodné i vytvoření pozice sestry specialistky. Tyto tendence zaujímá mnoho oborů. Existují stomické sestry, stomatologické sestry, sestry specialistky na rány apod. Navrhují proto vytvoření pozice sestry specialistky na CHSS, která by se věnovala pouze edukaci a motivaci P/K s CHSS. Tato sestra by se o P/K s CHSS starala dlouhodobě. Poskytovala by jim informace a sledovala je v poradně. VS by nebyly vytíženy další edukací. A P/K by měli řádné informace a také osobu, na kterou by se mohli obracet při potížích.

Kvůli usnadnění práce navrhuji informační materiál pro P/K, ti by tento materiál dostali již při diagnostikování CHSS. Materiál by měl být jednoduchý, přehledný a měl by přinášet nejdůležitější informace. Upozorňuji, že poskytnutí tohoto materiálu pouze doplňuje informace od VS, není možné, aby ústní edukaci nahradil.

10.1. Komplexní řešení

Nejdůležitější je vytvoření projektu, který bude komplexně řešit problematiku CHSS. Realizace těchto projektů se v západních zemích setkává s významným úspěchem. Je to velmi propracovaný systém domácího monitoringu P/K s CHSS. Domácí monitoring je propagován jako technologie, která může změnit systém zdravotní péče. Cílem tohoto monitoringu je včasné zamezení dekompenzacím a progresi onemocnění, mimo to však domácí monitoring snižuje počet hospitalizací a nákladů na vynaloženou léčbu.

Nejnovější technologie umožňují domácí měření fyziologických funkcí P/K a přenos zjištěných údajů přímo do ambulance lékaře, který může kdykoliv hodnotit stav P/K a podnikat příslušné kroky podle jeho potřeb a potíží. Tím je nemocný s CHSS pod pečlivým dohledem, který snižuje riziko nutnosti přijetí do nemocnice a urychluje proces propuštění. Existují různé studie, které u P/K sledují určité fyziologické funkce. Některé sledují hmotnost, jiné krevní tlak, další tepovou frekvenci, jiné saturaci krve kyslíkem a jiné záznamy EKG. Studie prokázaly při tomto sledování významné snížení počtu hospitalizací, ale také úsporu nákladů spojených s léčbou těchto P/K. V praxi to vypadá tak, že se proškolený P/K s lékařem dohodne, jaký parametr na sobě bude sledovat. Lékař P/K a jeho rodinu poučí o tom, jak měření provádět. P/K každý den měří tyto parametry a ty jsou automaticky odesílány do počítače lékaře. V případě potíží, zvýšení hmotnosti, arytmií, zvýšení tlaku apod. lékař P/K doporučí opatření, která mají předcházet dalším komplikacím. Tento monitoring klade na P/K požadavky na dovednost a pravidelnost provádění měření. P/K má zpětnou vazbu pouze pokud dochází ke komplikacím. Proto je jeho spolupráce problematická. Tato metoda je výhodná z pohledu zamezení re-hospitalizacím.

Podle analýzy studie, z Network Home care management systému, která zjišťovala význam domácího měření hmotnosti na epizody dekompenzace, dochází ke zvýšení hmotnosti zpravidla 14 dnů před začátkem hospitalizace. Studie vychází z toho, že včasná a vhodná úprava dávky diuretik by dokázala zamezit zadržování vody v těle. Analýza prokázala, že mnoho P/K zdekompenzuje i bez zvýšení hmotnosti. Mnoho P/K má též

významné denní váhové výkyvy a proto nelze každý nárůst hmotnosti hodnotit jednoznačně. Při studii se aktéři často zabývali i tzv. falešnými poplachy, kdy nárůst hmotnosti vyvolalo třeba zadržování tekutin po požití slanějšího pokrmu. Pouze 20% P/K má v dekompenzaci významnou změnu hmotnosti. Studie též prokázala, že málo P/K je ochotno pravidelného vážení, pokud nemá okamžitou zpětnou vazbu. Nedodržování monitorace tato studie posuzuje jako významný predikční faktor. Závěr studie je, že váha sama o sobě není citlivá nebo konkrétní, aby detekovala epizody dekompenzace. Nicméně, sofistikovanější analýzy hmotnosti změn, včetně rozdílů mezi ranním a večerním měřením v kombinaci s dalšími informacemi, jako jsou krevní tlak a tepová frekvence mohou přinést více užitečných informací.³⁰ To prokazuje, že je dálkový monitoring limitován mnoha faktory a při špatném zhodnocení situace a špatné compliance P/K může vést k chybným závěrům.

Ovšem základní strategii, kterou je vhodné zavést a kterou VS mohou ovlivnit a zdárně zřizovat je telemonitoring, prostřednictvím pravidelného telefonického kontaktu. Při takové formě telemonitoringu je P/K sledován tak, že mu pravidelně volá VS, ptá se P/K na to, jak se má, kolik váží, jestli se zadýchává a tímto způsobem kontroluje stav P/K. Výhodou je, že má VS s P/K přímý kontakt, ihned reaguje na získané informace od P/K a ten má okamžitou zpětnou vazbu. Významnou výhodou je, že je telemonitoring pro P/K přijatelný a málo obtěžující. Dostupné studie prokázaly spokojenost s komunikací po telefonu, ale i zlepšení celkové kvality života a do jisté míry i prognózy. Telecare je vyšší stupeň telemonitoringu. Též probíhá pomocí telefonního kontaktu P/K a VS. VS v případě telecare dává P/K doporučení na případné obtíže. Např. pokud P/K přibude na hmotnosti, doporučí zvýšit dávku diuretik. Pokud má P/K pocit palpitací doporučí návštěvu u praktického lékaře. Tento systém je velmi účinný a pro P/K i příjemný. Telemonitoring i telecare na podkladě telefonního kontaktu umožňuje vyšetření P/ důkladné a dlouhodobé sledování. Telemonitoring je často spojen s tím, že je VS s P/K dohodnutá, že si každý den změří krevní tlak a zváží se, a tak je telekomunikace posílená i o dálkové monitorování. Zavedení telemonitoringu významně snižuje i náklady na

³⁰ Jufen Zhang; Kevin M. Goode et al. Predicting hospitalization due to worsening heart failure using daily weight measurement: analysis of the Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) study. European Journal of Heart Failure, 2009. 11.

zdravotní péči. V evropské studii snížil telemonitoring se sledováním hmotnosti a příznaků náklady na léčbu za hospitalizace o 73%.³¹

10.2. Závěr

Předložená práce ukázala, že největším problémem v sledování P/K s CHSS je nedostatečně řešená sekundární prevence a s ní související tendence zabránit opakovaným hospitalizacím a dekompenzacím onemocnění. Ty vedou ke zhoršování dlouhodobé prognózy a ke snižování celkové kvality života P/K. S přibýváním kompetencí a odbornosti VS, se domnívám, že je vhodné přenést zodpovědnost za zlepšování zdravotního stavu, edukaci a monitoring na VS. Ideální řešení problematiky vidím ve zřizování ambulancí VS při Kardiocentrech pro P/K s CHSS. VS by zde měly na starost edukaci a dlouhodobou péči včetně telemonitoringu a telecare o P/K s CHSS. Tento přístup by velmi výrazně pomohl nemocným, lékařům, zdravotnickému personálu, i celému systému. Základem sekundárně preventivní péče by tedy měla být přímá péče VS a telemonitoring, který je velmi efektivní, příjemnou a přínosnou metodou péče o P/K.

³¹ Amala A. Louis; Tracy Turner et al. A systematic review of telemonitoring for the management of heart failure. The European Journal of Heart Failure, 2003. 5.

Seznam použité literatury a zdrojů

- (1) ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC, Jiří. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha – Nakladatelství Grada, 2007. 256 stran. ISBN: 978-80-247-1822-4
- (2) WIDIMSKÝ, Jiří. *Srdeční selhání*. 2. Vydání. Praha – Nakladatelství Triton, 2003. 556 stran. ISBN: 978-80-7254-385-7
- (3) SOVOVÁ, Eliška; JUKL, Jan. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. Vydání. Praha- Nakladatelství Grada Publishing a.s., 2005. 117 stran. ISBN:978-80-247-1166-4
- (4) KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. Vydání. Nové Město nad Metují – Nakladatelství Signum Unitatis, 1992. ISBN 978-80-854-3904-2
- (5) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha – Nakladatelství Grada Publishing a.s., 2010. 80 stran. ISBN: 978-80-247-2171-2
- (6) KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha – Grada Publishing a.s., 2008. 208 stran. ISBN: 978-80-247-2169-9
- (7) DANCHIN, Nicolas; CUZIN, Emmanuel. *Srdeční infarkt (Jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat)*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 119 stran. ISBN: 978-80-7367-077-1
- (8) FIŠEROVÁ, Jaroslava; PAVLOVIČ, Jiří. *Život s nemocným srdcem - Rady nemocným*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 168 stran. ISBN: 978-80-201-0056-3
- (9) KEARNEY, Mark. *Chronic heart failure*. 1. vydání. Oxford Univerzity Press, 2008. 144 stran. ISBN: 978-01-9954-233-8
- (10) KÖLBEL, František et al. *Trendy soudobé kardiologie*. 2. svazek. 1. vydání. Praha: Galén, 1999. 375 stran. ISBN: 978-80-7262-018-5
- (11) ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC, Jiří. *Klinické studie v kardiologii*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 192 stran. ISBN: 978-80-247-0281-9
- (12) ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 2. díl. 1. vydání. Praha – Nakladatelství Galén, 2004. 1540 stran. ISBN: 978-80-7262-290-0
- (13) Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – Guidelines ČKS 2006
- (14) Chronické srdeční selhání. Kardio fórum (Edukační příloha Kardiologické revue). Rok 2004, číslo 1.

- (15) Lékařské listy. Rok 2010. Číslo 14.
- (16) Informační leták Medtronic. Informace o srdeční resynchronizační terapii pro kontrolu srdečního selhání (Informace v rámci vzdělávání pacientů). Medtronic, 2003.
- (17) Jufen Zhang; Kevin M. Goode et al. Predicting hospitalization due to worsening heart failure using daily weight measurement: analysis of the Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) study. European Journal of Heart Failure, 2009. 11.
- (18) Amala A. Louis; Tracy Turner et al. A systematic review of telemonitoring for the management of heart failure. The European Journal of Heart Failure, 2003. 5.
- (19) www.cksonline.cz
- (20) www.kardio-cz.cz
- (21) www.e-coretvasa.cz
- (22) Ústav zdravotnických informací a statistiky, informace z roku 2008 získány díky komunikaci a spolupráci Jana Žofky
- (23) Konzultace s vedoucím bakalářské práce s panem Prof. MUDr. Josefem Kautznerem, Csc.
- (24) Konzultace s konzultanty bakalářské práce s panem Ing. MUDr. Pavlem Kučerou a paní Bc. Jaroslavou Holakovskou

Seznam obrázků:

Obr. 1: Na jakém oddělení pracujete?	36
Obr. 2: Kolik Vám je let?.....	36
Obr. 3: Jaká je délka Vaší praxe?	37
Obr. 4: V jakém pracovním zařazení pracujete?.....	37
Obr. 5: Jaké máte vzdělání?	37
Obr. 6: Považujete své znalosti o CHSS za dostatečné?.....	38
Obr. 7: Navštěvujete v rámci vzdělávání kurzy věnující se CHSS?.....	38
Obr. 8: Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace?	39
Obr. 9: Víte jak edukovat P/K s CHSS?	39
Obr. 10: Edukujete P/K s CHSS?	40
Obr. 11: Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?.....	40
Obr. 12: Jak často má chodit P/K na kontroly?	43
Obr. 13: Kolik g soli denně smí požit P/K s CHSS?	44
Obr. 14: Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin?	44
Obr. 15: Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin?	45
Obr. 16: vliv režimu v %	46
Obr. 17: Jaké využíváte metody edukace?.....	46
Obr. 18: Jak provádíte zpětnou vazbu?.....	47
Obr. 19: Na jakém oddělení jste hospitalizován?	48
Obr. 20: Kolik Vám je let?.....	48
Obr. 21: Jste muž nebo žena?	49
Obr. 22: Máte dostatek informací o své diagnóze CHSS?	49
Obr. 23: Jak dlouho touto chorobou trpíte?	50
Obr. 24: Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních?	50
Obr. 25: Kdo Vám tyto informace podával?.....	51
Obr. 26: Dodržujete tato doporučení?.....	51
Obr. 27: Máte dojem, že má Váš životní vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?	52
Obr. 28: Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění CHSS?.....	53

Obr. 29: Jak často navštěvujete lékaře?	53
Obr. 30: Dosolujete si potravu?	55
Obr. 31: Kolik za den vypijete tekutin?	55
Obr. 32: Monitorujete svoji hmotnost?	56

Seznam tabulek:

Tab. 1: Na jakém oddělení pracujete?	36
Tab. 2: Kolik Vám je let?.....	36
Tab. 3: Jaká je délka Vaší praxe?	37
Tab. 4: V jakém pracovním zařazení pracujete?.....	37
Tab. 5: Jaké máte vzdělání?	37
Tab. 6: Považujete své znalosti o CHSS za dostatečné?.....	38
Tab. 7: Navštěvujete v rámci vzdělávání kurzy věnující se CHSS?.....	38
Tab. 8: Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace?	39
Tab. 9: Víte jak edukovat P/K s CHSS?	39
Tab. 10: Edukujete P/K s CHSS?	40
Tab. 11: Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?.....	40
Tab. 12: Jaká režimová opatření musí dodržovat P/K s CHSS?.....	41
Tab. 13: Co na sobě musí P/K s CHSS sledovat, resp. kontrolovat?.....	42
Tab. 14: Kdy má P/K s CHSS navštívit lékaře?	42
Tab. 15: Jak často má chodit P/K na kontroly?	43
Tab. 16: Kolik g soli denně smí požit P/K S CHSS?.....	44
Tab. 17: Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin?	44
Tab. 18: Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin?	45
Tab. 19: Jaké známky CHSS doporučí P/K sledovat?	45
Tab. 20: vliv režimu v %	46
Tab. 21: Jaké využíváte metody edukace?.....	46
Tab. 22: Jak provádíte zpětnou vazbu?.....	47
Tab. 23: Na jakém oddělení jste hospitalizován?	48
Tab. 24: Kolik Vám je let?.....	48
Tab. 25: Jste muž nebo žena?	49
Tab. 26: Máte dostatek informací o své diagnóze CHSS?	49
Tab. 27: Jak dlouho touto chorobou trpíte?	50
Tab. 28: Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních?	50

Tab. 29: Kdo Vám tyto informace podával?.....	51
Tab. 30: Dodržujete tato doporučení?.....	51
Tab. 31: Máte dojem, že má Váš životní styl vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?	52
Tab. 32: Jak byste tento vliv popsal/popsala?.....	52
Tab. 33: Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění CHSS?.....	53
Tab. 34: Jak často navštěvujete lékaře?	53
Tab. 35: Kouříte?	54
Tab. 36: Pijete alkohol?	54
Tab. 37: Cvičíte, udržujete pohybem svojí kondici? Jaké pohybové aktivitě se věnujete?	54
Tab. 38: Dodržujete nějakou dietu?	55
Tab. 39: Dosolujete si potravu?	55
Tab. 40: Kolik za den vypijete tekutin?	55
Tab. 41: Monitorujete svoji hmotnost?.....	56
Tab. 42: Jaké příznaky onemocnění máte u sebe sledovat?	56

Seznam příloh:

Příloha A: Shrnutí patofyziologie

Příloha B: NYHA

Příloha C: Shrnutí příznaků

Příloha D: Standard farmakologické léčby

Příloha E: Kontraindikace tělesného tréninku

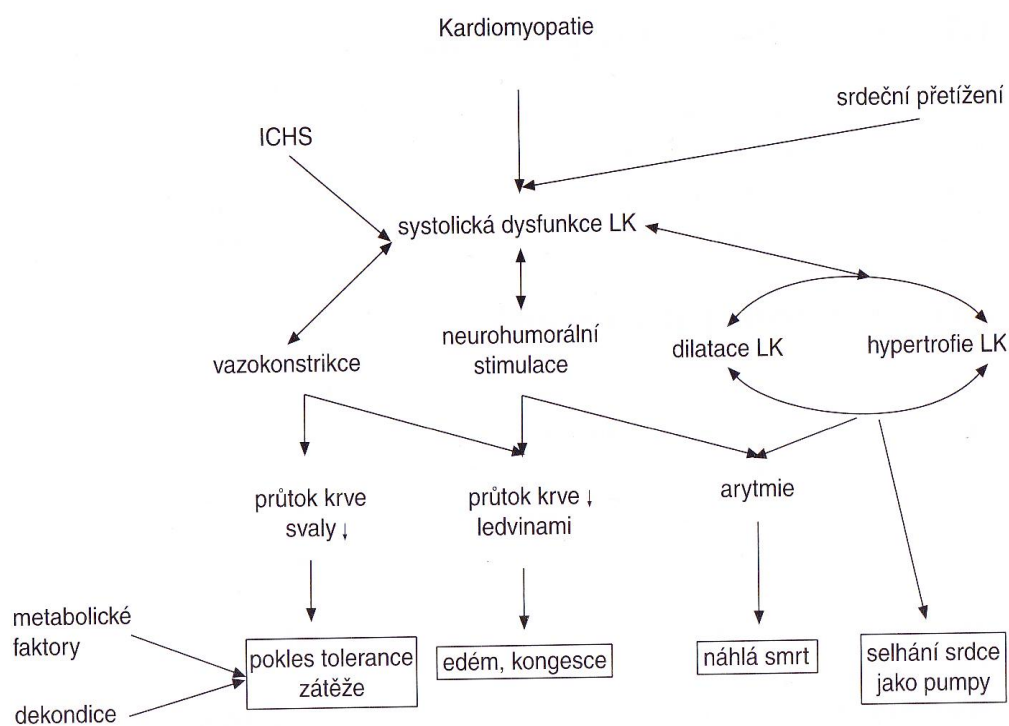
Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Příloha G: Dotazník pro střední zdravotnický personál

Příloha H: Dotazník pro P/K

Přílohy

Příloha A: Shrnutí patofyziologie



Zdroj:

Widimský, Jiří. Srdeční selhání. Praha – Nakladatelství Triton. Rok 2003. II. vydání.

Příloha B: NYHA

NYHA	Definice	Činnost	VO ₂ max.
Třída 1	Bez omezení činnosti. Každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo angínu pectoris.	Nemocní zvládnou práci jako je shrabování sněhu, rekreační hru odbíjené či lyžování, běh rychlostí 8km/hod.	$> 20 \text{ ml} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$
Třída 2	Menší omezení tělesné činnosti. Každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace nebo angínu pectoris.	Nemocní zvládnou práci na zahradě, sexuální život bez omezení, chůzi rychlostí 6km/hod.	$16\text{-}20 \text{ ml} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$
Třída 3	Značné omezení tělesné činnosti. Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo acinózním bolestem. V klidu bez obtíží.	Nemocní zvládnou základní domácí práce, obléknou se bez obtíží, chůzi rychlostí 4km/hod.	$10\text{-}16 \text{ ml} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$
Třída 4	Obtíže při jakékoliv tělesné činnosti invalidizují. Dušnost, angína nebo palpitace se objevují i v klidu.	Nemocní mají klidové obtíže a nejsou schopni samostatného života.	$< 10 \text{ ml} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$

Zdroj:

Aschermann, Michael. Kardiologie. 2. díl. Praha – Nakladatelství Galén. Rok 2004. I. vydání. Strana 906.

Příloha C: Shrnutí příznaků

Příznak	Plicní	Kardiální	Systémový
	Chrůpky	Tachykardie	Vzestup hmotnosti
	Pleurální výpotek	III. nebo IV. srdeční ozva	otoky
	Tachypnoe	Dilatace srdce	Zvýšená náplň krčních žil
		Hypertrofie LK	Hepatomegalie
		Alternující pulz	Hepatojugulární reflux
		Měkký pulz	Cyanóza
			Ascites
Symptom	Dyspnoe	Palpitace	Slabost
	Ortopnoe		Únavnost
	Kašel		Pocení
	Astma cardiale		Nykturie
			Oligurie
			Nauzea
			Zvracení
			Obstipace

Zdroj:

Widimský, Jiří. Srdeční selhání. Praha – Nakladatelství Triton. Rok 2003. II. vydání

Příloha D: Standard farmakologické léčby

	Stupeň závažnosti	Lék volby
1	Asymptomatická dysfunkce levé komory neischemické etiologie (NYHA I, ejekční frakce 0.20-0.40)	ACEi
2	Asymptomatická dysfunkce levé komory ischemické etiologie (NYHA I, ejekční frakce 0.20-0.40)	ACEi, beta blokátor, kyselina acetylsalicylová
3	Symptomatická diastolická dysfunkce neischemické etiologie (NYHA II-III, ejekční frakce méně než 0,40)	ACEi, beta blokátor, diuretika při retenci, verapamil?, digoxin?
4	Symptomatická diastolická dysfunkce ischemické etiologie (NYHA II-III, ejekční frakce méně než 0,40)	ACEi, beta blokátor, kyselina acetylsalicylová, diuretika
5	NYHA II-III, ejekční frakce 0,20-0,40	ACEi, beta blokátor, diuretika, digoxin při fibrilaci síní, antikoagulace při fibrilaci síní
6	NYHA II-III, ejekční frakce méně než 0,20	ACEi, beta blokátor, diuretika, digoxin, spironolacton, antikoagulace
7	NYHA IV	ACEi, beta blokátor, diuretika, digoxin, spironolacton, nitráty?, antikoagulace?, dopamin?,
8	NYHA IV, ejekční frakce méně než 0,20, $VO_2 \text{ max}$ méně než $14 \text{ ml} \times \text{min}^{-1} \times \text{kg}^{-1}$, věk pod 60 let	Kandidát srdeční transplantace

Zdroj:

Aschermann, Michael. Kardiologie. 2. díl. Praha – Nakladatelství Galén. Rok 2004. I. vydání. Strana 917.

Příloha E: Kontraindikace tělesného tréninku

Absolutní kontraindikace tělesného tréninku
- Progresivní zhoršování tolerance zátěže nebo dušnosti v klidu či při námaze během předchozích 3-5 dní
- Významná ischemie při nízké zátěži
- Špatně korigovaný diabetes mellitus
- Akutní systémové onemocnění nebo horečka
- Čerstvá embolická příhoda
- Tromboflebitis
- Aktivní perikarditis nebo myokarditis
- Středně významná nebo významná aortální stenóza
- Regurgitační chlopňová vada vyžadující chirurgické řešení
- Infarkt myokardu v předcházejících 3 týdnech
- Čerstvě vzniklá fibrilace síní

Relativní kontraindikace tělesného tréninku
- Vzrůst tělesné hmotnosti o 1,8kg v předcházejících 1-3 dnech
- Pokles systolického tlaku při zátěži
- Současné kontinuální nebo intermitentní podávání dobutaminu
- NYHA IV
- Komplexní komorové arytmie v klidu nebo nově se objevující při zátěži
- Klidová tepová frekvence vleže 100/min
- Významné přidružené choroby

Zdroj:

Widimský, Jiří. Srdeční selhání. Praha – Nakladatelství Triton. Rok 2003. II. vydání.

Strana 137-138

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Epikríza:

Pan ML, narozen roku 1941, byl přijat 11.5. 2011 na Jednotku intermediální péče Kardiocentra Krajské nemocnice Liberec a.s.. Základní diagnóza P/K je CHSS NYHA III.-IV. na podkladě Ischemické choroby srdeční. P/K byl přijat pro progresi dušnosti a anasarku. BIV-ICD má pan ML implantován již v minulosti. Nyní dle TTE ejekční frakce 10%, těžká systolická dysfunkce a hypokinéza, pBNP dle vstupních výsledků 14 479. Cílem hospitalizace je kardiální kompenzace. Nyní (18.5.2011) mírné zlepšení stavu. P/K byl po příjmu zaveden centrální žilní katétr, a permanentní močový katétr. Monitoring P/K spočívá ve sledování a zapisování krevního tlaku, tělesné teploty, tepové frekvence, srdečního rytmu, saturace krve kyslíkem á 1 hodinu. Dále je u P/K každý den sledována hmotnost, aktuální je 89,9kg a body mass index je 33,5. Pan ML má sledovanou hodinovou diurézu. Podléhá přísné restrikci tekutin na maximum 1,5l/den. Cílem je diuréza: -150-200/hod. Celková balance: (-500) – (-1500) ml/den. P/K je podáván kyslík maskou 2-4l/min. Za hospitalizace vznik drobné uroinfekce, nasazen Biseptol. Glasgow coma scale: 15, Nortonova stupnice: 25, Barthelův test: 75, Riziko pádu: 5

Léčba:

ATB:	Biseptol 480mg	10-22
p.o.:	Anopyrin 100mg	0-1-0
	Verospiron 25mg	pauza
	Kalnormin	0-1-0
	Betaloc Zok 25mg	1-0-0
	Degan	1-1-1
	Controloc 40mg	0-1-0
	Hydrochlorothiazid	½-0-0
	Prestarium NEO	0-0-½
	Essentiale forte	2-2-2
	Codein 15mg	22
s.c.	Clexane 0,4	18
i.v.	Aldactone 10ml + 10 ml Fyziologického roztoku 1/1 á 6 hod. podat 5ml	6-12-18-24

kontinuálně i.v.:

Furosemid Forte 10ml + 40 ml Fyziologického roztoku 1/1, rychlost 12ml/hod.
s možností úpravy rychlosti dle diurézy, cíl: 150-200ml/hod

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Ošetřovatelské diagnózy:

Doména 1 – podpora zdraví

Neefektivní péče o vlastní zdraví – 00078

Problém	P/K nezačlenil režimová opatření do každodenního života a není schopen včas a správně identifikovat potíže, při kterých by měl navštívit lékaře.
Určující znak (dále jen UZ)	Neschopnost přijmout odpovědnost za dodržování základních zdravotních praktik. Nezačlenění léčebného režimu do každodenního života.
Související faktor (dále jen SF)	Nedostatek znalostí, složitost léčebného režimu a neschopnost činit v problematice správné úsudky.
Potenciál P/K	P/K je schopen po řádném poučení rozpoznat základní potíže, při kterých by měl včas vyhledat odbornou pomoc a začlenit režimová opatření do svého každodenního života.

Doména 2 – výživa

Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu – 00001 (body mas index 33,5)

Problém	P/K je obézní, jeho běžný příjem potravy je nadměrný k požadavkům organismu.
UZ	Tělesná hmotnost je v poměru k výšce a tělesné konstituci zvýšená o 20%, než je ideální stav.
SF	Nadměrný příjem živin vzhledem k metabolickým potřebám.
Potenciál P/K	P/K pravděpodobně svůj příjem potravy příliš neomezí, proto ani nedojde ke snížení hmotnosti.

Zvýšený objem tekutin v organismu: hyperhydratace – 00026

Problém	P/K trpí retencí tekutin.
UZ	Anasarka.
SF	Poškozený regulační mechanismus.
Potenciál P/K	Retence tekutin se spolu s léčbou sníží. P/K je schopen po řádném poučení při retenci navštívit včas lékaře a řešit vzniklé komplikace.

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Doména 3 – vylučování a výměna

Zhoršené vylučování moči – 00016

Problém	P/K má drobnou uroinfekci, má zaveden permanentní močový katétr.
UZ	Retence tekutin, dysurie.
SF	Infekce močového ústrojí, nutnost sledování diurézy.
Potenciál P/K	Zhoršené vylučování moči se s léčbou uroinfekce a odstraněním permanentního močového katétru napraví do normálního stavu.

Doména 4 – aktivita a odpočinek

Nespavost – 00095

Problém	P/K má díky aktuálním potížím narušený spánek.
UZ	P/K uvádí aktuální nespokojenost se spánkem.
SF	Tělesný dyskomfort.
Potenciál P/K	P/K spánek se může zlepšit se zmírněním potíží. P/K je schopen dodržování spánkové hygieny.

Zhoršená tělesná pohyblivost – 00085

Problém	P/K má kvůli svým potížím omezenou pohyblivost a schopnost sebepéče.
UZ	Dyspnoe.
SF	Tělesný dyskomfort.
Potenciál P/K	P/K je schopen po úpravě kardiální dekompenzace zlepšit pohyblivost.

Únava – 00093

Problém	P/K se cítí unavený.
UZ	Nedostatek energie, neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti.
SF	Onemocnění.
Potenciál P/K	P/K je schopen péči o své zdraví dosáhnout po kardiální kompenzaci vyváženého životního stylu bez pocitu únavy.

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Intolerance aktivity – 00092

Problém	P/K nemá dostatek energie k denním činnostem, není schopen významnější aktivity.
UZ	Dyskomfort při námaze.
SF	Nerovnováha mezi dodávkou a potřebou kyslíku.
Potenciál P/K	P/K je schopen péčí o své zdraví dosáhnout po kardiální kompenzaci přiměřených aktivit bez progresu potíží.

Snížený srdeční výdej – 00029

Problém	Srdce P/K s CHSS není schopno zajistit dostatečné množství okysličené krve pro potřeby organismu.
UZ	Změny EKG, otoky, únava, dyspnoe, zvýšení plicní cévní rezistence, snížená ejekční frakce, snížený srdeční výdej.
SF	Změna kontraktility, změna srdečního objemu.
Potenciál P/K	Srdeční výdej P/K s CHSS se pravděpodobně nezlepší.

Zhoršená spontánní ventilace – 00033

Problém	P/K je neschopen udržet samostatně dýchání na přiměřené úrovni.
UZ	Dyspnoe, snížená saturace krve kyslíkem, zvýšený neklid.
SF	Únava dýchacích svalů.
Potenciál P/K	Ventilace P/K se s úpravou kardiální dekompenzace zlepší.

Deficit sebepéče

Problém	P/K není schopen základní sebepéče.
UZ	Neschopnost při hygieně, oblékání, vyprazdňování, a přemísťování.
SF	Dyspnoe, tělesný dyskomfort.
Potenciál P/K	P/K je schopen sebepéče.

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Doména 5 – percepce a kognice

Nedostatečné znalosti – 00126

Problém	P/K má deficit znalostí o léčebném režimu a monitoringu onemocnění CHSS.
UZ	Nevhodné chování, sdělování problému.
SF	Nedostatečný kontakt s prostředím, ze kterého lze vědomosti získat a neobeznámenost se zdroji informací.
Potenciál P/K	P/K je schopen po řádné edukaci doplnit deficitní znalosti.

Doména 6 – sebepercepce

Beznaděj – 00124

Problém	P/K není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci, svou situaci vidí jako bezvýchodnou.
UZ	Nedostatečné zapojení do péče, nedostatek iniciativy, verbální náznaky.
SF	Zhoršující se fyzický stav.
Potenciál P/K	P/K je schopen zbavit se pocitů beznaděje.

Doména 7 – vztahy mezi rolemi

Bez ošetřovatelské diagnózy. P/K žije se syny, mají harmonický vztah. Synové o otce dlouhodobě pečují. Péče po propuštění z nemocnice je tedy zajištěna.

Doména 8 – sexualita

P/K je vdovec. Saturaci sexuálních potřeb již nevyžaduje.

Doména 9 – zvládání/tolerance zátěže

P/K popírá pociťování strachu, úzkosti a potíží. Zátěžové situace prožívá výjimečně. Problémy řeší se syny.

Doména 10 – životní principy

Pro P/K je nejdůležitější zdraví a rodina. P/K je ateista. Životní otázky a hodnoty má urovnány.

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Doména 11 – Bezpečnost a ochrana

Riziko infekce – 00004

Problém	P/K je ohrožen infekcí.
Rizikový faktor	Invazivní vstupy, chronické onemocnění.
Potenciál P/K	P/K je schopen se správným léčebným a ošetřovatelským postupem zamezit vzniku infekce a vyřešit vzniklé infekční komplikace (uroinfekce).

Riziko pádu – 00155

Problém	P/K je ohrožen pádem.
Rizikový faktor	Věk 65 let a více, antihypertenziva, ACEi, nespavost.
Potenciál P/K	P/K je schopen se správným léčebným a ošetřovatelským postupem zamezit pádu.

Riziko narušení integrity kůže – 00047

Problém	P/K je ohrožen narušením kožní integrity.
Rizikový faktor	Fyzická imobilizace, mechanické faktory, vlhkost, medikace, nevyvážená výživa, zhoršený oběh.
Potenciál P/K	P/K je schopen se správným léčebným a ošetřovatelským postupem zamezit porušení kožní integrity.

Doména 12 – komfort

Zhoršený komfort – 00214

Problém	P/K pociťuje tělesný dyskomfort. Zejména dušnost a únavu.
UZ	Narušený spánek, neklid, dušnost, únava, P/K vyjadřuje nelehkost situace.
SF	Onemocnění.
Potenciál P/K	P/K je schopen dosáhnout lepšího komfortu se zlepšením kardiální dekompenzace.

Doména 13 – růst a vývoj

P/K růst a vývoj je v normě.

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Ošetřovatelský plán péče:

Ošetřovatelská diagnóza:	Snížený srdeční výdej – 00029
Cíl:	P/K bez arytmíí P/K oběhově stabilní
Kritérium:	EKG sinus Normotenze Tepová frekvence do 110 tepů za minutu P/K bez známek dušnosti
Intervence:	Monitorace EKG, krevního tlaku a tepové frekvence Podávání medikace podle ordinace lékaře Absolutní klid na lůžku
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K tachykardický, oběhově nestabilní Ošetřovatelská diagnóza trvá

Ošetřovatelská diagnóza:	Zhoršená spontánní ventilace – 00033
Cíl:	P/K spontánně ventiluje P/K má dostatečnou saturaci krve kyslíkem P/K bez známek dušnosti
Kritérium:	Spontánní ventilace Saturace krve kyslíkem nad 90%
Intervence:	Podávání O ₂ podle ordinace lékaře Monitorace saturace krve kyslíkem Dechová rehabilitace Poloha vsedě nebo v polosedě Péče o dutinu ústní a dutinu nosní Psychická podpora
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K spontánně ventiluje, má dostatečnou saturaci krve kyslíkem Ošetřovatelská diagnóza trvá

Ošetřovatelská diagnóza:	Hyperhydratace – 00026
Cíl:	P/K bez známek hyperhydratace
Kritérium:	Hodinová diuréza: 150-200ml/hod Celková bilance tekutin: (-500) – (-1500)

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Intervence:	<p>Restrikce tekutin méně než 1500ml/den</p> <p>Monitorování příjmu a výdeje tekutin včetně hodinové diurézy</p> <p>Podávání medikace podle ordinace lékaře</p> <p>Sledování známek hyperhydratace, krevního tlaku a laboratorních výsledků</p>
Hodnocení: (2denní plán péče)	<p>P/K plní plán hodinové diurézy a celkové bilance, známky hyperhydratace trvají</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza trvá</p>

Ošetrovatelská diagnóza:	Zhoršený komfort – 00214
Cíl:	P/K bez dušnosti, pocitu únavy a dyskomfortu
Kritérium:	P/K si nestěžuje na pocit dyskomfortu
Intervence:	<p>Podávání medikace podle ordinace lékaře</p> <p>Psychická podpora a motivace</p> <p>Poskytování informací</p> <p>Sledování projevů bolesti, nauzey, únavy a celkového dyskomfortu</p>
Hodnocení: (2denní plán péče)	<p>P/K stav a pocit dyskomfortu se postupně zlepšuje</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza trvá</p>

Ošetrovatelská diagnóza:	Zhoršené vylučování moči – 00016
Cíl:	<p>P/K bez uroinfekce</p> <p>Zachovat permanentní močový katétr průchodný</p>
Kritérium:	<p>Průchodný permanentní močový katétr</p> <p>Moč bez příměsí</p> <p>P/K neprojevuje známky uroinfekce</p>
Intervence:	<p>Péče o permanentní močový katétr</p> <p>Monitorování vzhledu moči a příměsí</p> <p>Podávání medikace dle ordinace lékaře</p>
Hodnocení (2denní plán péče):	<p>P/K s drobnou uroinfekcí, moč bez příměsí</p> <p>Permanentní močový katétr je průchodný</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza trvá</p>

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Ošetrovatelská diagnóza:	Únava – 00093
Cíl:	P/K si nestěžuje na pocit únavy
Kritérium:	Spánek P/K alespoň 6 hodin za noc Odpočinek dle možností během dne
Intervence:	Spánková hygiena Psychická podpora Péče o prostředí Aktivizace P/K během dne
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K se cítí stále unavený Ošetrovatelská diagnóza trvá

Ošetrovatelská diagnóza:	Nespavost – 00095
Cíl:	Dostatečný spánek P/K
Kritérium:	Spánek P/K alespoň 6 hodin za noc
Intervence:	Aktivizace P/K během dne Umožnění domácích spánkových rituálů Péče o prostředí Podávání medikace podle ordinace lékaře
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K spí 4-6 hodin za noc Ošetrovatelská diagnóza trvá

Ošetrovatelská diagnóza:	Deficit sebedpěče
Cíl:	P/K má saturovány všechny své potřeby
Kritérium:	Dlouhodobé plnění cíle
Intervence:	Dopomoc P/K při hygieně, stravování, oblékání, vertikalizaci a chůzi Rehabilitace, aktivizace P/K během dne Psychická podpora Spolupráce s rodinou
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K má saturovány všechny své potřeby Ošetrovatelská diagnóza trvá

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Ošetrovatelská diagnóza:	Zhoršená tělesná pohyblivost – 00085
Cíl:	Pohyblivost P/K se postupně zlepšuje
Kritérium:	Do dimise musí být P/K schopen chůze a základních denních činností
Intervence:	Rehabilitace, aktivizace P/K během dne Spolupráce s rodinou
Hodnocení: (2denní plán péče)	Pohyblivost P/K se zlepšuje P/K dokáže pár kroků vedle lůžka bez zadýchání Ošetrovatelská diagnóza trvá

Ošetrovatelská diagnóza:	Intolerance aktivity – 00092
Cíl:	P/K toleruje aktivity přiměřené tíži onemocnění
Kritérium:	Do dimise musí být P/K schopen základních denních činností a chůze
Intervence:	Podávání kyslíku podle ordinace lékaře, monitorování saturace krve kyslíkem Absolutní klid na lůžku Postupná rehabilitace a vertikalizace
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K toleruje pouze pár kroků vedle lůžka Ošetrovatelská diagnóza trvá

Ošetrovatelská diagnóza:	Beznaděj – 00124
Cíl:	P/K nevyjadřuje pocity beznaděje
Kritérium:	P/K je aktivní v péči Má více iniciativy
Intervence:	Edukace P/K (viz níže) Spolupráce s rodinou Motivace P/K, aktivizace, rehabilitace Postupné hodnocení zlepšování stavu P/K
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K nevyjadřuje pocity beznaděje Ošetrovatelská diagnóza zrušena

Příloha F: Ošetrovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Ošetrovatelská diagnóza:	Nedostatečné znalosti – 00126 Neefektivní péče o vlastní zdraví – 00078
Cíl:	P/K má dostatek informací o režimových opatřeních a chorobě CHSS, cílem je postupná úprava znalostí a dovedností P/K
Kritérium:	Edukace P/K je nutná dlouhodobě, aktuálně řešená problematika včasného rozpoznání známek dekompenzace a příchodu k lékaři
Intervence:	Edukace (viz níže)
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K vyžaduje dlouhodobou edukaci Ošetrovatelská diagnóza trvá

Ošetrovatelská diagnóza: Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu – 00001, není zahrnuta v plánu ošetrovatelské péče, protože není vhodné ji aktuálně řešit a nedá se předpokládat, že by P/K svoji hmotnost snížil.

Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko infekce – 00004
Cíl:	P/K bez známek infekce P/K toleruje centrální žilní katétr a permanentní močový katétr
Kritérium:	Kontrola známek infekce á 12 hod
Intervence:	Péče o permanentní močový katétr a centrální žilní katétr Podávání medikace podle ordinace lékaře Monitoring známek infekce, měření teploty á 1 hodina Aseptická ošetrovatelská péče Péče o čistotu prostředí
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K bez známek infekce Riziko infekce trvá

Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko pádu – 00155
Cíl:	P/K bez pádu P/K umí používat signalizaci Bezpečnost prostředí

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

Kritérium:	Za hospitalizace
Intervence:	Zábrany Kardiologické křeslo Edukace P/K o signalizaci Kontroly stavu P/K
Hodnocení: (2denní plán péče)	P/K bez pádu Riziko pádu trvá

Ošetřovatelská diagnóza:	Riziko narušení kožní integrity – 00047
Cíl:	P/K bez poruchy kožní integrity
Kritérium:	Za hospitalizace
Intervence:	Hygiena, péče o pokožku, zvýšená kontrola predilekčních míst Rehabilitace a aktivizace P/K
Hodnocení: (2denní plán péče):	P/K bez poruchy kožní integrity

- Dobrý den pane ML, mohu Vás na chvilku vyrušit? Jdu za Vámi kvůli dalším informacím, které byste měl vědět. Ráda bych Vám dnes vysvětlila, co na sobě musíte sledovat a kdy máte přijít k lékaři?
- Dobrý den, jen pojd'te dál.
- Nebudu Vás zatěžovat mnoha informacemi a tak si řekneme jenom to nejdůležitější. CHSS má hodně příznaků, které byste měl sledovat. Víte, jaké to jsou?
- Otoky a dušnost.
- Ano, správně. Otoky poznáte třeba otlakem od ponožek. Dušnost zase tak, že nevyjdete schody, ta Vás omezuje při aktivitách. Kvůli těm otokům je důležité, abyste se několikrát týdně vážil, protože když najednou hodně přiberete, znamená to, že máte v sobě hodně vody. Máte doma váhu?
- Ano a co dál?
- Dále je dobré, abyste měl pravidelně zkontrolován krevní tlak, a také abyste si všiml bušení srdce, často ho můžete cítit třeba ve spáncích. Můžete být i více unavený, opocení, zchvácený.
- Ano, to bývám.
- Víte proč Vám to říkám? Je to proto, že nejdůležitější je, abyste přišel včas k lékaři. Jakmile si všimnete, že máte oteklé nohy později i celé tělo, a že se Vám hůř dýchá, a nevyjdete tolik schodů, nebo Vám při námaze víc buší srdce, někdy třeba nepravidelně, nebo moc rychle, musíte hned vyrazit k lékaři. Já vím, že si můžete říct, že to přejde, ale ono to tak většinou nebývá. Jste tu u nás už

Příloha F: Ošetřovatelský a edukační proces u P/K s CHSS

opakovaně a většinou jste přišel až moc pozdě a proto jste tu byl déle. Proto je lepší tomu předejít a přijít dříve, když se s tím dá lépe něco dělat. Rozumíte mi?

- Ano, ale až sem do nemocnice to mám daleko a je těžké se sem dostat.
- Tomu rozumím, proto se spolu dohodneme, že stačí, když půjdete ke svému praktickému lékaři nebo mu alespoň zavoláte. I on Vám dokáže pomoci, a pokud ho vyhledáte včas, nemusel byste ani být v nemocnici. A kdyby Váš lékař usoudil, že je lepší, abychom Vás vyšetřili my tady v nemocnici, tak by Vám pomohl, abyste se k nám včas dostal. Co myslíte, není to tak lepší?
- Asi ano, ale ono do nemocnice se nikomu moc nechce.
- To máte pravdu, ale je lepší přijít sem včas a zabránit dalším potížím, než přijít pozdě a zachraňovat co se dá. Vidím, že jste unavený, proto si ještě zopakujeme základní informace a přijdu za Vámi opět za dva dny. Povězte mi, jaké příznaky na sobě máte sledovat?
- Otoky, dušnost, bušení srdce, únavu, pocení a zchvácenost.
- Ano, správně, výborně. A co na sobě máte měřit? Máte na to doma pomůcky?
- Mám se vážit a váhu mám. A pak mám měřit tlak, ale to neumím. Můj syn, mě ale občas měří.
- No vidíte, tak se dohodneme se synem, aby Vás měřil častěji, ano? Máte nějaké otázky? Rozuměl jste všemu?
- Ano, jsem dnes unavený. Děkuju.
- Není zač a teď už nashledanou.

Příloha G: Dotazník pro střední zdravotnický personál

Dobrý den, jmenuji se Alžběta Brdlíková a jsem studentkou 3. ročníku Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci oboru Všeobecná sestra. Chci Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky těchto dotazníků budou sloužit pouze k mým studijním účelům. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Dotazník:

Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání

Alžběta Brdlíková

3. ročník – obor Všeobecná sestra

Ústav zdravotnických studií

Technické univerzity v Liberci

Vedoucí práce:

Prof.MUDr.Josef Kautzner, CSc.

Přednosta Kliniky kardiologie IKEM

Konzultanti práce:

MUDr.Ing. Pavel Kučera

Vedoucí lékař Jednotky intermediální péče

Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Bc.Jaroslava Holakovská

Zástupce náměstka pro ošetrovatelskou péči

Vrchní sestra Kliniky kardiologie IKEM

Příloha G: Dotazník pro střední zdravotnický personál

VŠEOBECNÁ ČÁST

- ❖ Na jakém oddělení pracujete?
 - ✓ Kardiologie – lůžkové oddělení
 - ✓ Kardiologie – intermediální péče
 - ✓ Kardiologie – Koronární jednotka + sály
 - ✓ Ambulance
 - ✓ Přidružená pracoviště

- ❖ Kolik Vám je let?
 - ✓ Do 30 let
 - ✓ Do 40 let
 - ✓ Do 50 let
 - ✓ Více let

- ❖ Jaká je délka vaší praxe?
 - ✓ 1-5 let
 - ✓ 5-10 let
 - ✓ 10-15 let
 - ✓ 15 a více

- ❖ V jakém pracovním zařazení pracujete?
 - ✓ Vrchní sestra
 - ✓ Staniční sestra
 - ✓ Všeobecná sestra
 - ✓ Zdravotnický asistent
 - ✓ Sestra specialistka

- ❖ Jaké máte vzdělání?
 - ✓ Střední zdravotnická škola – maturita
 - ✓ Vyšší odborná škola
 - ✓ Vysoká škola – bc.
 - ✓ Vysoká škola – mgr.
 - ✓ Specializační odborný kurz

- ❖ Považujete svoje znalosti o chronickém srdečním selhání (Dále CHSS) za dostatečné?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne

- ❖ Navštěvujete v rámci celoživotního vzdělávání kurzy a semináře týkající se CHSS?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne

Příloha G: Dotazník pro střední zdravotnický personál

- ❖ Máte dostatečné vzdělání a schopnosti v oboru edukace, navštěvujete kurzy a semináře věnující se edukačním technikám?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne
- ❖ Víte jak edukovat P/K s CHSS o režimových opatřeních?
 - ✓ Ano
 - ✓ Přibližné znalosti mám
 - ✓ Ne
- ❖ Edukujete P/K s CHSS ?
 - ✓ Ano
 - ✓ Jak koho
 - ✓ Edukací pacientů se nezabývám
 - ✓ Ne, z jiných důvodů – doplňte jakých.....
- ❖ Monitorujete samostatně výsledky P/K a zlepšování jeho stavu?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne
 - ✓ Je to práce ošetřujícího lékaře

TEORETICKO-PRAKTICKÁ ČÁST

- ❖ Jaká režimová opatření musí dodržovat P/K s CHSS?

.....

.....

.....

.....

- ❖ Co na sobě musí P/K s CHSS sledovat, resp. kontrolovat?

.....

.....

.....

- ❖ Kdy má P/K s CHSS navštívit lékaře?

.....

.....

.....

- ❖ Jak často má chodit kompenzovaný P/K s CHSS na pravidelné kontroly?

- ✓ Je to individuální
- ✓ 1x do měsíce
- ✓ 1x za 3 – 6 měsíců
- ✓ 1x ročně

Příloha G: Dotazník pro střední zdravotnický personál

❖ Kolik g soli denně smí požit P/K s CHSS?

- ✓ Méně než 3g
- ✓ Méně než 5g
- ✓ Méně než 10g

❖ Kolik má u P/K s CHSS činit denní příjem tekutin?

- ✓ 1-1,5 litru
- ✓ 1.5-2 litry
- ✓ 2-3 litry

❖ Kdy dochází k nutnosti restrikce tekutin?

- ✓ V pokročilých stádiích CHSS
- ✓ Při hyponatremii
- ✓ Při otocích
- ✓ Při hyperhydrataci

❖ Jaké známky CHSS doporučíte P/K sledovat? (Zaškrtněte)

Otoky	Dušnost	Nykturie	Teploty
Bolesti na hrudi	Bolesti kloubů	Hypertenzi	Pocení
Nauzeu	Bolesti hlavy	Zvracení	Závratě
Palpitace	Nespavost	Zchvácenost	

❖ Vyjádřete (v %) jaký mají podle Vás vliv režimová opatření na léčbu a prognózu CHSS? (Zaškrtněte)

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%

❖ Jaké využíváte metody edukace?

- Tištěné formy – letáky, časopisy, literaturu
- Ústní forma – slovní edukace pacienta a jeho rodiny
- Názorná forma – videonahrávka
- Jiné metody, napište jaké.....

❖ Jak provádíte zpětnou vazbu, zda P/K edukaci pochopil a bude se radami řídit?

.....

.....

.....

Příloha H: Dotazník pro P/K

Dobrý den, jmenuji se Alžběta Brdlíková a jsem studentkou 3. ročníku Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci oboru Všeobecná sestra. Chci Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky těchto dotazníků budou sloužit pouze k mým studijním účelům. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Dotazník:

Vliv režimových opatření na léčbu chronického srdečního selhání

Alžběta Brdlíková

3. ročník – obor Všeobecná sestra

Ústav zdravotnických studií

Technické univerzity v Liberci

Vedoucí práce:

Prof.MUDr.Josef Kautzner, CSc.

Přednosta Kliniky kardiologie IKEM

Konzultanti práce:

MUDr.Ing. Pavel Kučera

Vedoucí lékař Jednotky intermediální péče

Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Bc.Jaroslava Holakovská

Zástupce náměstka pro ošetrovatelskou péči

Vrchní sestra Kliniky kardiologie IKEM

Příloha H: Dotazník pro P/K

- ❖ Na jakém oddělení jste hospitalizován/hospitalizována?
 - ✓ Kardiologie – lůžkové oddělení
 - ✓ Kardiologie – intermediální péče
 - ✓ Kardiologie – Koronární jednotka
 - ✓ Interna – lůžkové oddělení
 - ✓ Interna – JIP

- ❖ Kolik Vám je let?
 - ✓ Do 50 let
 - ✓ 50-60 let
 - ✓ 60-70 let
 - ✓ 70-80 let
 - ✓ Více než 80 let

- ❖ Jste muž nebo žena?
 - ✓ Muž
 - ✓ Žena

- ❖ Máte dostatek informací o své diagnóze chronického srdečního selhání?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne

- ❖ Jak dlouho touto chorobou trpíte?
 - ✓ Méně než 1 rok
 - ✓ Méně než 3 roky
 - ✓ Méně než 5 let
 - ✓ Více než 5 let

- ❖ Edukoval Vás někdo o režimových opatřeních, která byste měl/měla dodržovat?
 - ✓ Ano
 - ✓ Ne
 - ✓ Ano, ale nepovažuji to za dostatečné

- ❖ Kdo Vám tyto informace podával?
 - ✓ Ošetřující lékař
 - ✓ Sestra na oddělení
 - ✓ Sestra na ambulanci
 - ✓ Praktický lékař
 - ✓ Sestra u praktického lékaře
 - ✓ Nikdo
 - ✓ Někdo jiný, vyplňte kdo

Příloha H: Dotazník pro P/K

❖ Dodržujete tato doporučení?

- ✓ Ano
- ✓ Ne
- ✓ Jak která
- ✓ Málo

❖ Máte dojem, že má Váš životní styl vliv na léčbu a Váš zdravotní stav?

- ✓ Ano
- ✓ Ne
- ✓ Malý

❖ Jak byste tento vliv popsal/popsala?

- ✓ Cítím se lépe
- ✓ Žiju kvalitněji, mohu dělat to, co jsem dříve již nemohl
- ✓ Myslím, že si tím jak žiji, prodlužuji délku života
- ✓ Udržuji se v kondici
- ✓ Jsem správně monitorován/kontrolován, mám zdravotní stav pod kontrolou
- ✓ Režimová opatření nedodržuji, nepociťuji zhoršování
- ✓ Režimová opatření nedodržuji, pociťuji zhoršování

❖ Navštěvujete pravidelně lékaře za účelem kontroly onemocnění chronického srdečního selhání?

- ✓ Ano
- ✓ Ne
- ✓ Málokdy

❖ Jak často navštěvujete lékaře?

- ✓ 1x měsíc
- ✓ 1x 3 měsíce
- ✓ 1x 6 měsíců
- ✓ 1x rok

❖ Kouříte?

- ✓ Ne
- ✓ Ano, napište kolik cigaret denně.....

❖ Pijete alkohol?

- ✓ Ne
- ✓ Ano, uveďte který a jak často.....

❖ Cvičíte, udržujete pohybem svoji kondici?

- ✓ Ne
- ✓ Ano
- ✓ Jaké pohybové aktivitě se věnujete?

Příloha H: Dotazník pro P/K

❖ Dodržujete nějakou dietu?

✓ Ano

✓ Ne

✓ Vyhýbám se.....

❖ Dosolujete si potravu?

✓ Ano

✓ Ne

❖ Kolik za den vypijete tekutin?

✓ Do 1,5 litru

✓ 1.5 – 2 litry

✓ 2 litry a více

❖ Monitorujete svoji hmotnost? Jak často se vážíte?

✓ Nevážím se

✓ Vážím se vždy u lékaře na kontrole

✓ Vážím se 1x měsíčně

✓ Vážím se několikrát týdně

❖ Jaké příznaky svého onemocnění máte u sebe sledovat?

.....

.....

.....

